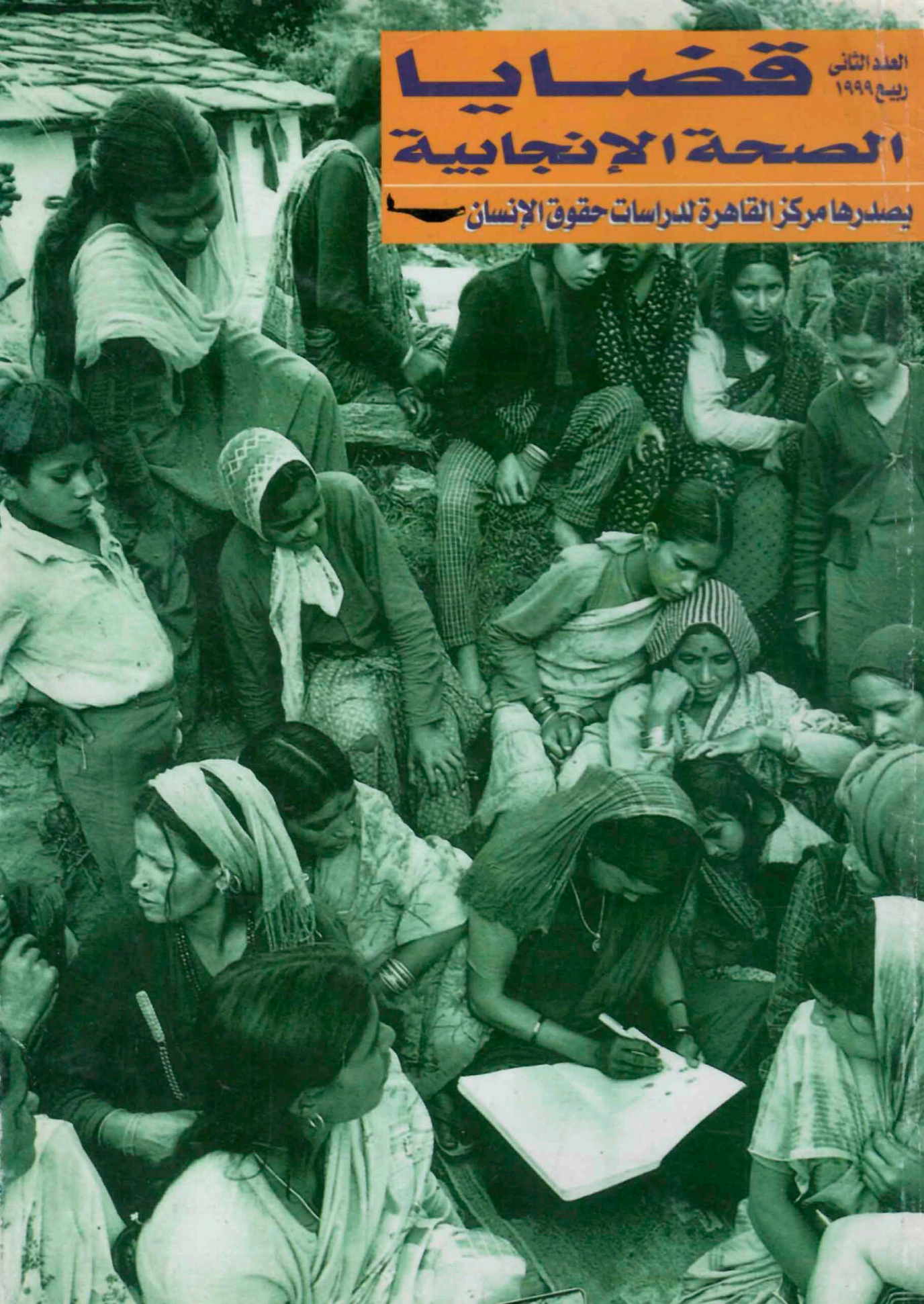


قضايا الصحة الإنجابية

العدد الثانى
ربيع ١٩٩٩

يصدرها مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان

قضايا الصحة الإنجابية

مختارات مترجمة من مجلة
Reproductive Health Matters
التي تصدر في بريطانيا ويتولى تحريرها:

ميـــرج بيـــرر ت ك سونداري رافندران

يتولى تحرير المطبوعة العربية:

د. آمال عبد الهادي د. نادية عبد الوهاب

تصدر عن مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان

ترجمت هذا العدد:
شهرت العالم

الإخراج الفني: أيمن حسين - مركز القاهرة

نشرت مقالات هذا العدد في الأعداد التالية
العـــدد الرابع نوفمبر ١٩٩٤
العـــدد العاشر نوفمبر ١٩٩٧
العـــدد الحادي عشر مايو ١٩٩٨

صورة الغلاف و الصور الداخلية من إعداد R.H.M

هذا العدد

■ تقديم
■ الأم الأفريقية الريفية وقضية غياب الزوج وعدم تعاون الأقارب
استر سمبوا ناجاوا ٥

■ الأمهات من الطبقة العاملة كمدرات للدخل الاقتصادي ومسئولات عن الأسرة في الأرجنتين
روزا ن. جيلد شتاين ١٣

■ صفحة من التاريخ ..... ما وراء الحائط الأصفر
آن أوكلي ٢٢

■ شبكة نيكاراجوا للنساء الناشطات ضد العنف
ماري اليسبرج، جيركر للستراند وآن وينكفيت ٣٣

■ التحدي في تناول قضايا نوع الجنس في برامج الصحة الإنجابية: أمثلة من أندونيسيا
روساليا سيورتينو ٤٣

■ إطلالة ٥٥

تقديم :

الجريمة و العقاب

في الأساطير الدينية القديمة دفعت المرأة ثمن جرأتها على اقتحام العالم المجهول.. ثمرة المعرفة المحرمة فطردت من جنة الرب.. والراحة الأبدية، ليطوف الجنسان في هذا العالم الواسع، يصنعان بالجسد والعقل عالمهم. يجربان.. يخطئان ويصححان أخطاءهما، و ينطلقا لمزيد من التجارب والأخطاء والتصحيح. وتحملت المرأة بشجاعة منقطعة النظير عقابا مضاعفا، تحملت الأم هموم الإنجاب و استمرار البشرية.

بنى العالم القديم على أساس تقسيم خاص للعمل: للرجال العالم الواسع و لهم الأجر، والحقوق، والقدرة على الفعل والاختيار، وللنساء المنازل يربين أجيال متلاحقة بدون أجر. تهدرحقوقهن، ويسلبن قدرتهن على الاختيار حتى فيما يخص صحتهن الإنجابية، وتسبغ عليهن صفات السلبية والأعتمادية والحرام/الحريم.

و فى عالمنا الجديد دفعت النساء لسوق العمل بالأجر. ها قدحانت فرص للتخلص من تقسيم العمل القديم.. وتحمس المناصرون للعدالة وعدم التمييز .

حققت المرأة خطوات في هذه التجربة ، ولكن مهلا لقد ظهرت الأخطاء والأخطار، وعلينا بالتصحيح .

ماذا كسبت المرأة و ماذا خسرت من هذا التغيير الاجتماعي لقد كسبت ما يمنحه العالم الخارجي لمرتاديه من معارف وثقة وقدرة على اتخاذ القرار .. كسبت التقدير لعملها والأمان الذي يوفره المقابل المادي لهذا العمل.. اكتسبت ثقة اجتماعية في قدراتها واستطاعت اتخاذ بعض القرارات الحيوية لها ولأطفالها .

و اكتسب الرجل معها شريكة قادرة على الفهم و المشاركة المادية والمعنوية .. أصبح دخل المرأة فى كثير من الأسر قيمة صعب الاستغناء عنها وأصبحت المرأة في نسبة عالية من الأسر مسئولة أساسية عن إعالة أسرتها.

و لكن هذا التغيير لم يحمل لها ولا للرجل الرضى الكامل ..

فالمشاركة فى اتخاذ القرار، والأعباء المنزلية، ورئاسة الأسرة، والولاية على الأطفال.. ما زالت معارك لم تحسم بعد.

حق المرأة فى السيطرة على نفسها وصحتها وجسدها بدون وصاية اجتماعية ما زالت قضية مثارة على مستوى العالم كله .

سقوط هياكل الدعم القديمة مثل الأسرة الممتدة لم تعوضه آليات اجتماعية حديثة .

الطبيعة المزدوجة لعمل المرأة داخل وخارج المنزل .. العمل غير مدفوع الأجر بالريف والمدينة.. القوانين التي لم تأخذ في الاعتبار التغيرات الاجتماعية الهائلة.. العادات والتقاليد التى تقاوم أي محاولة للتغيير و تفرغها من محتواها... قائمة طويلة يصعب رصدها. باختصار كل هذا الميراث التاريخي للعالم القديم في اشتباكه مع قضايا صحة النساء وهو ما تناقشه أوراق هذا العدد.

فى بوينس ايرس تعرضت المرأة العاملة/ الفقيرة إلى مزيد من الأعباء العائلية : فهي ما زالت مسئولة وحدها عن الأطفال .. وهى مدر أساسي لدخل الأسرة حيث تتوفر أعمال هامشية للنساء و يتعطل الرجال .

تسعى النساء للتوفيق بين أعبائهن حتى أن سيدة حاصلة على شهادة عليا تفضل العمل كخادمة منزل لمناسبة توقيت العمل ومكانه مع أعبائها المنزلية. ويواجه عمل المرأة بسلبية المجتمع وغضب الازواج حيث يمارس الزوج العاطل العنف ثم يهرب تاركا الأطفال لزوجته وتنهار العلاقة الزوجية.

وفى ريف كينيا تترك سياسة التكيف الهيكلي بصماتها على المجتمع فيهاجر الرجال للمدن وتتفكك البنية العائلية التقليدية " الأسرة الممتدة "وتجد المرأة الأفريقية نفسها وحيدة تحاول التوفيق بين عملها الزراعي وأطفالها ويضيف التقدم لهمومها هموما جديدة.

فالأطفال الكبار يذهبون للمدارس، ولا يعتنون معها بالأطفال الأصغر سنا.. وعليها أن تذهب للوحدات الصحية البعيدة للعناية بتطعيمات أطفالها، وليس لها معين في الحمل والولادة والأزمات الصحية. كل هذا بعوائد محدودة يرسلها الزوج الغائب. حتى أن بعضهن يتباكى على تعدد الزوجات حين كانت الزوجة الثانية تقدم بعض العون لها..

إن العالم الجديد ما زال يحمل فى أحشائه سمات من العالم القديم فالمرأة مازالت تقدم الرعاية الصحية والإنسانية لكل أفراد الأسرة ولا تجد من يعتني بها. إنها تعمل ثلثي وقت العمل فى العالم وتحصل على ١٠/١ من الدخل العالمى والطابع المزدوج لعملها يهمش كليهما "العمل المنزلى و الخارجى " و مازال الطابع الطبى يضفى على أحزانها وتوتراتها فتتهم بالهستيريا والجنون رغم ارتباط هذه الأحزان بطبيعة دورها. أن الورقة المعنونة بـ "ما وراء الحائط الأصفر" تناقش هذه القضايا وتحاول طرح حلول قد نتفق أو نختلف معها ولكنها ضرورية لإثارة خيالنا و تحفيزنا على التفكير، وهاهن النساء في نيكاراجوا يتجاوزن مرحلة التفكير للعمل. إنهن يفكرن بقضية العنف الأسرى والمجتمعي ضد النساء فيشكلن شبكة ضد العنف لها تجربتها الخاصة و تستخدم أساليب متعددة من الأبحاث التي تحفز النساء لفهم طبيعة العنف ضدهن، إلي الضغط على صناع القرار لتمرير قوانين ضد العنف و إقرارها في البلاد.

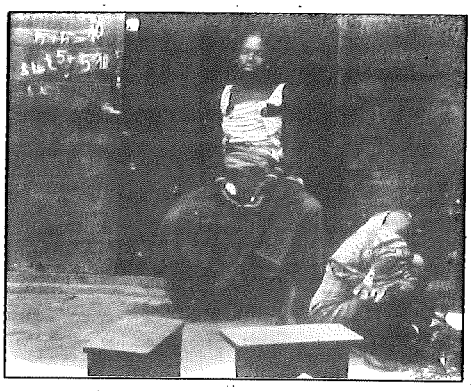
أما النساء في إندونيسيا فهن يسعين لتطبيق خطة بكين حول صحة المرأ ة الإنجابية في بلادهن. خلال هذا المسعى يرصدن المشاكل المرتبطة بالتطبيق حيث يزيد وعى النساء بصحتهن وحقهن في الاختيار، و يرتطم هذا الوعي بالجدار الصلب للتقاليد الاجتماعية، ومقاومة الرجال. تطرح النساء التجارب المختلفة لمواجهة هذا العائق، والإشكاليات التي تظهر خلال محاولتهن الدءوبة وأساليب مواجهتها.

لقد اصبح العالم الجديد حقيقة واقعة لا سبيل للتراجع عنها ولكنها تحتاج لمزيد من التجارب ومزيد من النقاشات حتى يكون هذا التغير الاجتماعي أكثر انسجاما مع مفاهيم العدالة وحقوق الإنسان.. حتى يكون عالمنا الجديد أكثر إنسانية للجنسين معا.

د. نادية عبد الوهاب

الأم الأفريقية الريفية

وقضية غياب الزوج وعدم تعاون الأقارب



هل تحسنت نوعية حياة المرأة الأفريقية الريفية كأم، بحيث أصبحت أفضل من حياة أمها أو جدتها؟ إن هذه الدراسة في ريف سوازيلاند وكينيا تقوم بدراسة أثر الأدوار المتعددة للمرأة على دورها كأم، فضلا عن الدعم المقدم لها (من عدمه) من جانب الزوج، أو الأقارب، أو الأصدقاء، أو الجيران، أو الأطفال الأكبر سنا، وذلك خلال فترتي الحمل والولادة وتربية الأطفال. وتكشف الدراسة عن أن شكل "التطور" الذي تمر المرأة بخبرته بما في ذلك هجرة الزوج، والخدمات الصحية، والمدارس، وتقلص تعدد الزوجات، والاحتياج إلى دخل نقدي- قد أخذ في بعض الحالات الصالح مع الطالح مما كان تقليديا،ودون أن يقدم بديلاً مناسبا.

بقلم/ استر. سمبوا. ناجاوا

عادة ما يقال أن وضع المرأة لم يكن عسيرا، كما هو الآن، عندما كانت المجتمعات الإفريقية أكثر تقليدية في أساليبها، وذلك لأن المسئولية الجماعية بين أفراد الأسرة كانت تضمن إمداد المرأة بالمساعدة الواجبة للقيام بأدوارها المختلفة. ومن المثيرللسخرية، في أيامنا الحالية التي يقع فيها على أكتاف المرأة المزيد من المسئوليات، تفتقد المرأة كثيرا من العون الذي كانت تعتمد عليه في الماضي.

ومع استطلاع الوضع في عدد من المجتمعات الأفريقية، نجد أكثر من حقيقة تؤكد هذا الاعتقاد. لقد اختلفت الظروف العامة للحياة، بقدر ما، بالنسبة لكثير من النساء خلال الأجيال الثلاثة الماضية، على الأقل في بعض أجزاء من العديد من البلدان الأفريقية. إن الجيل الحالي من النساء البالغات المتزوجات مازال يعيش في ظل المجتمعات العائلية التقليدية، غالبا في أكواخ من الطين والقش، وتجلب النساء المياه من الأنهار، كما كانت تفعل أمهاتهن وحموماتهن، كما يطهين طعامهن باستخدام حطب الوقود وليس لديهن كهرباء،ويستخدمن الكيروسين للإنارة.

إن التغيرات الرئيسية الوحيدة التي طرأت على ظروف الحياة تتمثل في تقديم الخدمات، وتوصيل المياه بالأنابيب، ووجود الطواحين، وزيادة المدارس، وتقلص نسبة تعدد الزوجات. ومن المفترض أن كافة هذه الأمور ساعدت على تحسين نوعية الحياة بالنسبة للنساء، وذلك عبر تقليص الوقت والطاقة المبذولين للقيام بمسئوليات البيت والأسرة.

في نفس الوقت، نجد أن برامج التكيف الهيكلي، فضلاً عن التغيرات البيئية والسياسية التي حدثت في أفريقيا، قد أثرت بشكل سلبي على وضع المرأة الأفريقية الفقيرة والريفية. إن الهياكل التقليدية للمجتمعات الأفريقية مستمرة في التحطم، حيث أدى نموذج التنمية الحضرية إلى هجرة الذكور من المناطق الريفية والمدن الصغيرة إلى المدن الكبيرة والبلدان الأخرى. وفي هذا النموذج، عادة ما يترك

الأزواج زوجاتهم ويهجرونهن. وإذا ما أضفنا لذلك تبعات الحروب والنزاعات المدنية، يبدو واضحاً لماذا يتعرض جزء متزايد من النساء للحياة بمفردهن، عادة بموارد ومهارات شديدة المحدودية، في كثير من المناطق الريفية والحضرية الفقيرة، سواء في البلدان المتطورة أو النامية. إن الأسرة التي تتولى المرأة قيادتها،والتي لم نكن نسمع عنها في الماضي، سرعان ما أصبحت من بين الملامح الشائعة.

تقوم المرأة في أفريقيا بالعديد من الأدوار وهناك مسئوليات كثيرة ملقاة على عاتقها فهى كأم تحمل الأطفال وتقوم بتربيتهم، وكزوجة تعتبر عضوا في الأسرة الممتدة وتقوم بأعمال المنزل وطهي الطعام، بل وتعمل أيضاً في إدرار الدخل. إن القدرة على تلبية احتياجات كل هذه الأدوار تعتمد على سهولة نفاذ المرأة إلى الموارد المالية والمهارات، وحصولها على المساعدة من الأعضاء الآخرين في الأسرة أو المجتمع المحلي- فضلا عن قدرتها على التأقلم مع الصراعات التي يمكن أن تنشأ عند تداخل مهام أدوارها المتعددة.

هل تحسنت نوعية حياة المرأة الأفريقية الريفية كأم- مع التغيرات التي تجري من حولها؟ إن هذه الورقة البحثية تقدم إفادة بشأن النتائج المستقاة من دراسة أجريت عام ١٩٨٧-١٩٨٨ في ريف سوازيلاند وكينيا، بالإضافة إلى دراسة الأساليب التي من خلالها يجري تدعيم أو تصارع الأدوار المتعددة للمرأة مع دورها كأم وقدر الدعم المتاح لها أثناء فترات الحمل والولادة وتربية الأطفال. وعلى الرغم من أن هذا البحث قد تم منذ سبع سنوات، ما تزال نتائجه صحيحة ومناسبة.

لقد تم اختيار فريقين في كل بلد من البلدين قرية نتوندوزي في سوازيلاند (حي مانزيني) وقرية مسهينجيشينجين وفوسويني (حي هوهو)، وفي كينيا، قرية سارديدي (محافظة نيانزا) وكيبويزي (المحافظة الشرقية)، وهى كلها مناطق ريفية تقع على بعد ٢٠ كيلو مترا على الأقل من أقرب منطقة حضرية، بحيث إن التأثيرات الحضرية من زاوية الوظائف وإتاحة الخدمات وأنماط الحياة تكون في حدها الأدنى. ولا توجد مراكز لتقديم الخدمات الصحية في أي من هذه المناطق ويزداد فيها معدل وفيات الأطفال الرضع عن المتوسط القومي.

ولقد قمنا بإجراء مقابلة مع ١٣٠ امرأة، ٦٢ من سوزايلاند و٦٨ من كينيا، وكلهن أمهات ولدى كل واحدة منهن طفل واحد على الأقل. كما قمنا أيضا بإجراء مقابلات، كلما أمكن، مع الأزواج والأمهات والحموات والجدات الذين وجدناهم بالمنزل. وعلاوة على ذلك، طلبنا من قادة المجتمع المحلي وكبار السن بالقرية تقديم معلومات وآراء.واستخدمنا في عملنا استبيانات هيكلية لجمع الجزء الأكبر من البيانات، هذا بالاضافة إلى الملاحظات المختلفة والرجوع إلى عدد من الأدبيات.

كانت أعمار غالبية النساء (٧٥٪) تتراوح من ٢٠ إلى ٣٥ سنة، وبلغت أعمار ٨٪ منهن أقل من ٢٠ سنة، وهناك ١٧٪ منهن أكبر من ٣٥ سنة. ووجدنا أن غالبية النساء (٧١٪) قد انتقلن إلى هذه القرى نتيجة لزواجهن، وكانت قراهن الأصلية تبعد حوالي ١٠ كيلومترات. وذهبت حوالي نصف النساء إلى المدرسة لفترة تتراوح من سنة إلى ٧ سنوات، وهناك أربعة من النساء حصلن على بعض التعليم الثانوي، أما الباقي فغير متعلمات.

وترتبط ثلاثة أرباع هؤلاء النسوة بالزراعة كمورد رزق، ولا يعملن في الأعمال المأجورة ولا حتى الأعمال المؤقتة المتقطعة. ومن بين هؤلاء النسوة، هناك ١٤ امرأة يعملن في الأعمال المتقطعة على فترات، و٤ منهن يعملن في أراضيهن، و٤ يعملن في وظائف مدفوعة الأجر ولا تحتاج المهارة، مثل الخدمة في إحدى الحانات أو في الطاحونة. وفقط ٦ من النساء يملكن مهارات ويعملن في أعمال يتقاضين عنها مرتبات: ٤ مدرسات، وواحدة تكتب على الآلة الكاتبة، والسادسة تعمل مدرسة في مجال محو أمية الكبار. وهناك ثلاث من النسوة يرتبطن بأعمال زراعة المحاصيل.

وفي وقت إجراء الدراسة،كانت كافة النسوة متزوجات، ما عدا سبع لم يتزوجن من قبل. إن أكثر من ٦٠٪ من هؤلاء النسوة في سوازيلاند وفي ساراديدي في كينيا كُن مرتبطات بزوج متعدد الزوجات، وإن كان تعدد الزوجات أقل شيوعاً في بيويزي (١١٪). وكانت نسبة ٦١٪ من النساء يعانين من غياب الازواج إلى المناطق الحضرية، وكان الرجال من سوازيلاند يعملون غالبيتهم بمناجم جنوب إفريقيا. وأكثر من نصف هؤلاء الرجال كانوا نادراً ما يعودون لمنزلهم في الريف- من زيارة كل ثلاثة شهور إلى زيارة كل سنة- وعند عودة أي منهم، فإنه لم يكن يمكث سوى فترة محدودة.

تكرار الحمل مع محدودية الدعم الأسري

وفي فترة إجراء المقابلات، كانت كل امرأة لديها ٤ أو ٥ أطفال في المتوسط، من بينهم طفل او اثنان أقل من ٥ سنوات. ويبلغ متوسط عدد الأطفال في الأسر الكاملة ٦,٥

ونجد أن معدل وفيات الأطفال شديد الارتفاع، فكل امرأة من النساء اللاتي أجرين معهن مقابلات قد عانت من فقدان طفل واحد على الأقل يبلغ من عمره أقل من ٥ سنوات.

إن ارتفاع معدلات الخصوبة وفقدان الأطفال تعني أن الحمل يتم بصورة متكررة. ومع كل، فليس للنساء رأي بشأن عدد الأطفال أو الفترة بين الحملين. إن غالبية النسوة (٦٩٪) لم يناقشن القضية مع أزواجهن. وحتى بين هؤلاء اللاتي ناقشن الأمر مع أزواجهن، كان رأي الزوج يسود دائماً. أما النساء اللاتي يرغبن في عدد أطفال أقل عن ما يريده الزوج فقد وافقن جمعياً على رغبات أزواجهن. وحتى المدرسات في العينة، واللاتي حصلن على تعليم ولديهن مرتبات مستقلة كدخل لهن، لم تكن لديهن السلطة في مجال تقرير عدد الأطفال.

أفاد ٧٠٪ من النساء بأنهن يقمن، حتى أثناء الحمل، بالأعمال التقليدية المنوطة بهن. هذا، في حين أفادت ٣٠٪ منهن فقط بتقلص ما يقمن به من أعمال في فترة الحمل، حتى الشهر السابع. إن المهام التي يمكن تقليصها أو تكليف شخص آخر بالقيام بها تضم: جلب الماء وحطب الوقود، وحمل الأشياء الثقيلة، وتنظيف المنزل (عندما يتطلب الأمر الانحناء). إن النساء اللاتي توقفن عن جلب الماء كان مطلوب منهن السير لأكثر من ٣٠ دقيقة للوصول إلى مصدر الماء.

كانت كافة النسوة تقريبا يسعين إلى الحصول على الرعاية في فترة ما قبل الولادة أثناء الحمل- وقمن بزيارة العيادة ٣ مرات على الأقل، على الرغم من الصعوبات التي يتأتى عليهن التغلب عليها. ففي كل الحالات تقريبا، كانت مراكز الخدمة الصحية تبعد لما يزيد عن ٥ كيلومترات. ما لم تستخدم النساء بالضرورة أقرب مركز للخدمات الصحية. فقد كان اختيار المركز يعتمد على ما إذا كان المركز يقدم الخدمات التي يرغبن فيها أو ما إذا كن يفضلن هذا المركز أو ذاك. وعلاوة على ذلك،كانت ٦٣٪ من النساء يدفعن رسوما عند كل زيارة للمركز الصحي، ومن بين الأربع نساء اللاتي لم يحصلن على رعاية أثناء الحمل، انتظرت إمرأتان منهن عودة أزواجهن للمنزل حتى يأخذون منهم نقودا، ولكن الأزواج لم يعودوا للمنزل حتى اتمام الولادة. أما المرأتان الأخرتان، فقد فضلتا عدم الذهاب للمركز الصحي.

وكما تمت كثير من الولادات في المنزل، تمت غيرها أيضا في المراكز الصحية. لقد اتخذت غالبية النسوة قراراتهن بأنفسهن (٤٠٪) أو بالتشاور مع أزواجهن (٢٦٪). وهناك ٢٢٪ كان القرار الخاص بهن في أيدي أزواجهن، أما فيما يتعلق نسبة ١٢٪ الباقية، فقد كان القرار يتم عن طريق الأقارب.

ومن بين النساء اللاتي شاركن في قرار الولادة بالمنزل، وليس في الوحدة الصحية، اتخذت ١٢٪ منهن هذا الاختيار بثقة. كانت هؤلاءالنسوة يلدن دائماً ولادات عادية طبيعية، ولذا فلم يتوقعن حدوث أي مضاعفات في آخر ولادة. أما بالنسبة لحوالي ١١٪ من النساء، فقد كانت الولادة فجائية. وكانت هناك مشكلات للنساء الباقيات تتعلق بالسعي نحو المساعدة الطبية، وهذه المشكلات مثل:

- رفض الزوج دفع التكاليف.
- عدم وجود أي شخص في المنزل ليرعى الأطفال.
- حالة الفقر الشديدة، بحيث لا تتوفر لدى المرأة الملابس اللازمة للذهاب إلى المستشفى.
- الخوف من الزحام، التلوث أو وقاحة العاملين بالمستشفيات.

وتلقت كافة النساء اللاتي ولدن أطفالهن بالمنزل تقريبا، المساعدة على الولادة من امرأة غير مدربة، لأكثر من نصف الوقت، من الأصدقاء أو الجيران وليس من أفراد الأسرة. وهناك ١٥ امرأة لم يكن لديهن من يساعدهن بعد الولادة. وقد أفادت ١٢ امرأة من بين ٥١ امرأة من اللاتي حصلن على رعاية من امرأة غير مدربة أو لم يحصلن على رعاية على الإطلاق- بحدوث مشكلات أثناء الولادة، مثل: فترة ولادة طويلة، أو النزيف الشديد، أو مشاكل المشيمة. وكان من الضروري ذهاب النساء اللاتي تعرضن لمشكلات النزيف أو المشيمة إلى المستشفى.

وبعد الولادة، حصلت غالبية السيدات على العون من الأطفال الكبار الذين كانوا يبذلون أقصى ما يستطيعون. وكان الأمر يعتمد على سن الطفل. ففي حالة إحدى السيدات اللاتي ولدت طفلها بالمنزل، وكان زوجها غائبا يعيش بالحضر، قامت ابنتها البالغة من العمر ٩ سنوات بطهي الطعام ورعاية أشقائها وشقيقاتها الأصغر سناً منها (تبلغ أعمارهم ٧، ٥، ٣). أما المرأة نفسها، وعلى الرغم من أنها كانت ما تزال ضعيفة، لم تكن تستطيع أن تستمر راقدة في الفراش، حيث أن ابنتها امتنعت عن الذهاب إلى

المدرسة حتى تساعدها.

ولم يقدم الأقارب سوى مساعدة محدودة. وفي بعض الحالات، كانت الحموات (١٨٪) والأمهات (٨٪) يساعدن في أعمال المنزل. وكانت الحموات يقمن في الأساس برعاية الطفل حديث الولادة وتجهيز الوجبات ورعاية الحقل، بينما لم تكن الأمهات يعملن في الحقل، ولكن يساعدن في غسيل الملابس (وهو الأمر الذي لم تكن تفعله الحموات). أما الأطفال الأكبر سناً، فقد كانوا أهم مصدر من مصادر المساعدة (٧٥٪)، تليهم الصديقات (٢٥٪) كانت الصديقات يساعدن غالبا في الأعمال المنزلية وإعداد الوجبات عندما يكون لديهن "وقت فراغ"، وبشكل غير منتظم في أغلب الحالات، وليس لأكثر من شهر. وخمس فقط من النساء كُن قادرات على إحضار امرأة تعمل بالأجر: اثنتان منهن استطاعت جلب امرأة تعمل لديهما لمدة شهر، والثالثة لمدة شهرين أما الاثنتان الباقيتان فقد استطاعتا جلب امرأة للعمل لمدة ٦ شهور. وهؤلاء النسوة اللاتي يعملن بالأجر لم يقمن بالعمل في الحقل ولكن قمن ببقية المهام المنزلية، بما فيها رعاية الأطفال الصغار.

لم تكن النساء راضيات عن العون المقدم لهن في مرحلة ما بعد الولادة، في كثير من الأحيان، حيث كن يتركن فراشهن ويقمن بالمهام الجوهرية في المنزل والتي لا يستطيع أحد غيرهن القيام بها. وقد حدث ذلك بالنسبة للسيدات اللاتي يعتمدن على الصديقات في المساعدة. وكانت غالبيتهن يشعرن بالقلق بشأن العمل في الزراعة. وإذا لم يتوفر للمرأة المساعدة المناسبة، يتأتى عليها عندئذ العودة للعمل في الحقل بعد الولادة بأسبوعين أو ثلاثة، أو حتى قبل ذلك. أما جلب المياه وحطب الوقود، وغسيل الملابس، فكانت تمثل أموراً إشكالية. لقد كان من المستحيل الحصول على عون دائم لأداء هذه الأنشطة، وذلك بسبب ما تحتاجه من وقت كبير. ومن الواضح أن الحموات لم يشاركن في عمليات جلب المياه، على الرغم من مشاركتهن في جمع حطب الوقود. إن النساء المشتركات في الجماعات النسائية المحلية كان بإمكانهن طلب المساعدة من عضوات الجماعة الأخريات، وخاصة للعمل في الحقل، وأحياناً لجلب وجمع حطب الوقود.

إن نوع المساعدة المطلوبة وطول الوقت المتاح كانا لهما أثر أساسي على فترة الراحة المتاحة لكل امرأة بعد الولادة. أما السيدات اللاتي لم يستطعن الحصول على مساعدة مناسبة، فقد كُن مُجبرات على معاودة نشاطهن سريعاً. كما أن قدر الراحة في مرحلة ما بعد الولادة كان يعتمد أيضا على الموسم؛ فالمرأة التي تلد في ذروة الموسم لا تستريح سوى فترة قصيرة جدا.

وقد أفادت خمس سيدات بأنهن لم يحصلن على أي قدر من الراحة على الإطلاق، وهناك عدد مماثل من السيدات أفدن بأنهن ارتحن لمدة تقل عن الأسبوع. أما فترة ا لراحة بالنسبة للسيدات الأخريات، فكانت تتراوح من ٤ أسابيع، في سوازيلاند، إلى متوسط يصل لشهرين ونصف الشهر، في كينيا. وبالنسبة للمدرسات الأربعة، فقد كان لدى كل منهن أجازة وضع قدرها ٦٠ يوماً. أما النساء الأخريات اللاتي يعملن عملاً مدفوع الأجر، فلم يعرفن ما إذا كان يحق لهن أخذ أجازة أم لا. ومن الواضح أن غالبية النساء كن غير معنيات بنظم حماية الأمومة التي تدافع عنها الحكومة.

لقد حصلت النساء على عون محدود أثناء فترتي الحمل والولادة، أساساً من جانب الصديقات والأطفال والجيران. وفي المقابل، ومن واقع أقوال الجيل الأكبر سناً من النساء في المجتمع المحلي، فإن الحموات والزوجات الأخريات كُن يمثلن المصدر الرئيسي للمساعدة بالنسبة لهن في فترتي الحمل والولادة. وهكذا، يبدو أن العون المقدم من أعضاء الأسرة الممتدة قد ولى عبر جيل واحد، وحل محله الدعم المقدم من الأطفال والأفراد الآخرين غير ا لأعضاء في الأسرة والذين بإمكانهم تقديم جزء من وقت فراغهن.

الكفاح من أجل تربية الأطفال

نجد، بالنسبة للنساء اللاتي أجرينا معهن مقابلات، أن مسؤولية تربية الأطفال كانت تعني وجود طفل أو أكثر من غير أطفالهن (أبناء بالتربية) تقل أعمارهم عن خمس سنوات، هذا بالإضافة إلى أطفالهن البالغ عددهم أربعة أو خمسة. أن الأبناء بالتربية لا يعيشون على الإطلاق بعيدا عن والديهم، ولكنهم يعيشون في إطار نفس الجماعة وفي ظل رعاية هؤلاء النسوة. وغالبية هؤلاء الأطفال هم أبناء الأخوة والأخوات، والعدد الأكبر التالي يأتي من الأبناء من الزوجات الأخريات، حيث تكون الولادة من الزوجة الثانية ولكن الزوجة الأخرى تتولى رعاية الطفل.

ومن بين المسئوليات الخاصة بتربية الأطفال والتي تقع على كاهل المرأة نجد: إطعام الأطفال، وتأمين حصولهم على قدر كاف من الطعام، والحديث واللعب معهم، والتأكد من حصولهم على الرعاية الصحية الوقائية، فضلا عن المهام الدائمة الخاصة برعايتهم والحفاظ على سلامتهم. ومن

الضروري القيام بكل هذه المهام إلى جانب الأنشطة الحياتية اليومية العديدة، مع وجود أو عدم وجود عون من أعضاء الأسرة.

لقد وجدنا أن المرأة تقضي بشكل عام ٣ ساعات على الأقل يوميا في أنشطة لا تتوافق على الإطلاق مع رعاية الأطفال، مثل جلب المياه وجمع حطب الوقود، والتجارة، والعمل الوظيفي خارج المنزل، وقطع الحشائش، ورعاية الدواب. وقالت النساء أن الأنشطة الأخرى، مثل الغسيل والعمل في الحقل، تعتبر أنشطة بينية، أي تتم بين الأعمال الأخرى.

وهكذا، يصاحب الأطفال أمهاتهم الى الحقل عندما يتطلب الأمر، ولكن هذا الأمر يمثل إزعاجا . على سبيل المثال . عندما يرغب الطفل في النوم ويكون المكان متربا وغير صالح لنوم الأطفال الرضع. أما عملية الغسيل، فيمكن القيام بها أثناء رعاية الطفل إذا ما كانت تتم في داخل المنزل، ولكن الغسيل يتم في حالات عديدة عند مصدر المياه، والذي يقع بعيدا إلى حد ما . ويستغرق هذا النمط من النشاط حوالي٣. ٤ ساعات من اليوم. ولا تمضي المرأة سوى ساعة أو ساعتين فقط في ممارسة أنشطة تتوافق ورعاية الطفل.

وفي إطار هذا الجدول المشحون، تستثمر الأمهات جزءا كبيرا من الوقت والطاقة في إطعام الأطفال. إن غالبية الأمهات يقمن بإرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية حتى يصل عمر الطفل إلى ١٨ شهرا . كما يقمن أيضا بمراقبة الأطفال عند الطعام، أو إطعامهم بأنفسهن، حتى يبلغ الطفل عامين على الأقل. وفي حالة الطفل المريض، أو الضعيف، أو فاقد الشهية، تجلس الأم بجانبه وتساعده في عملية تناول الطعام.

وفي الحالات النادرة التي تعطي فيها الأم مهمة إطعام الأطفال إلى شخص آخر، تكون النتيجة غير مرضية. كانت هناك أم، في ساراديدي، عليها القيام بالغسيل لأقاربها وتنظيف منازلهم أيضا، ولذا فقد طلبت من حماها ملاحظة أبنتها البالغة من العمر سنة عندما تتناول طعامها. ولكن الرجل المسن لم ينتبه للأمر كثيرا، ولم تأكل الطفلة أي شئ قبل أن تخلد للنوم لأن اثنان من الأطفال الأكبر سنا التهما طعامها. وقد عبرت ثلاث أمهات عن قلقهن من أن الطعام الذي يتركنه للطفل يتناوله الأطفال الآخرين.

و واحدة من المشكلات الأساسية التى تواجهها النساء فيما يتعلق بإطعام الأطفال، كانت تتمثل في نقص المال اللازم لشراء طعام. وهذا الأمر يحدث رغم أن كثيرا من النسوة مزارعات ويعملن في مزرعة العائلة، ولكن ليس لديهن أي سيطرة ع لى كيفية المشاركة في الناتج.

(أنا أقوم بأغلب العمل في الحقل، ومع ذلك لا يعطونني سوى قدر ضئيل جدا من النقود، ربما ما يعادل ٩ دولارات. ويحتفظ زوجي وأقاربي بالباقي كله. ومن المفترض أن أستخدم نصيبي في تلبية احتياجات الأطفال).

إن النقود التي يرسلها الأزواج الذين يعملون في مناطق بعيدة عن منازلهم لم تكن تكفي لسد حاجات الأطفال من الطعام على نحو مناسب.

(أنا لدي طفل رضيع عمره ٨ شهور. ولقد جف اللبن في صدري، ولكنني لا أستطيع حتى أن أشتري لبن من النقود التى يرسلها. إن هذا الطفل الرضيع سيتعرض للمرض).

تمت مقابلاتنا في كيبويزي أثناء الموسم الهزيل، عندما كان الطعام قليلا. وجدنا أن الأمهات عادة ما يرسلن الأطفال إلى اللعب خارج المنزل لمنعهم من العودة والبكاء المستمر من جراء الجوع. ويمكن للمرء أن يتخيل قدر الضغط الواقع على هؤلاء الأمهات من جراء هذا الوضع.

إن العمل خارج المنزل لساعات طويلة كان يسفر عن صعوبات إضافية. فالأطفال الرضع يبقون دون رضاعة حتى تعود الأمهات إلى المنزل، وهي مشكلة كانت تواجهها كافة السيدات العشر اللاتي يعملن في وظائف رسمية، حيث كن غير قادرات على العودة للمنزل للقيام بالرضاعة، ولا يمكنهن أخذ الطفل معهن إلى مكان العمل. ومرة أخرى، كان إعطاء مهمة إطعام الأطفال الأكبر سنا لأفراد آخرين في العائلة يؤدي إلى تبعات سلبية بالنسبة للأطفال الأصغر أو الأضعف.

كما كان مرض الأطفال يمثل عبئا أخرا يحتاج لمزيد من الجهد بالنسبة للأمهات. لقد أفادت أكثر من نصف النساء بأن أطفالهن لا يتمتعون بصحة جيدة على الدوام. وتعد المشكلات الصحية الأكثر انتشارا في سوازيلاند هي أمراض البرد والسعال، ويليها الالتهابات الحادة بالجهاز التنفسي والحمى. أما في كينيا، فالأمراض الأكثر انتشارا هي: الإسهال، والملاريا، والسعال، والبرد. وإذا كان حدوث المرض يمثل نمطا ثابتا، فمعنى ذلك أن المرأة أمامها القيام بالكثير، حيث يوجد لديها ٣ أطفال تحت خمس سنوات، وعادة ما يمرضون ويحتاجون للرعاية. ويزداد تفاقم المشكلة لأن أقرب وحدة للخدمات الصحية عادة ما تبعد بحوالي ٥ كيلومترات، والمرأة مشغولة تماما بالفعل.

هناك مشكلة هامة أخرى، تتمثل في افتقاد المرأة لسلطة اتخاذ القرار فيما يتعلق بمتى وأين تنشد الرعاية الصحية لطفل مريض. كان هذا القرار بالنسبة لثلثي النساء يرتكز في الأساس على الزوج أو الأقارب، وأقل من حالة بين كل خمس نساء كانت المرأة قادرة على اتخاذ قرار مستقل. كان ذلك حتى في الحالات التى يغيب فيها الزوج، إذ يعمل بعيدا في المناطق الحضرية. وهكذا تتولى المرأة كامل المسئولية دون أي عون من الزوج وبقليل من السيطرة على القرارات - إنه، بوضوح موقف غير يسير.

أما بالنسبة للرعاية الصحية الوقائية. فكان يتأتى على المرأة القيام برحلة خاصة مع الطفل ذهابا إلى العيادة للحصول على التطعيمات. وكانت هذه الرحلة تتم باستخدام الأوتوبيس، أو أي مواصلات عامة أخرى، وكانت ٢١٪ من الأمهات تذهب إلى العيادة سيراً على الأقدام. وهناك أسباب متكررة أعطتها الأمهات لعدم تطعيم الأطفال وهي على النحو التالي: (أنا نسيت) (٣٤٪)، (العيادة بعيدة جدا) (٢٥٪)، (هذا الطفل ليس ابني) (٢٠٪)، وتطرح هذه الحجة الأخيرة أن الأطفال الذين يحظون برعاية شخص آخر يمكن أن يتعرضوا لأخطار كبيرة من جراء عدم حصولهم على الرعاية الصحية.

أما بالنسبة للوقت المخصص للعب أو الحديث مع الأطفال، فيتراوح من لا شئ إلى ساعتين في اليوم. وقد أفادت ٢٠٪ من النساء أنهن لا يملكن الوقت لذلك. وتمضي غالبية النساء مع أطفالهن فترة تتراوح من نصف الساعة إلى الساعة يوميا. وهناك الكثير من النساء اللاتي يمضين مع أطفالهن ما يسمونه " فترة الراحة"، أو يلعبن معهم أثناء عملهن بالمنزل.

وبشكل واضح نجد أن المرأة تعمل كثيرا دون أن تحصل على عون من زوجها. والشكل الوحيد من المساعدة الذي تتوقعه الزوجة من زوجها يتمثل في المساعدة المالية. ولكن، حتى في هذا المجال كانت بعض النسوة يشعرن بخيبة الأمل، وأن الرجل لا يدرك مطالب الحياة اليومية في المنزل وما يحتاج إليه الأمر لتلبية مطالب الأطفال واحتياجاتهم.

"أنا أبقى هنا مع أطفالي الستة. ثلاثة هم أولادي من زوجي، أما الثلاثة الآخرون فأبناء زوجي من امرأته الموجود معه بعيدا، ومع ذلك لا يرسل لي سوى ما قيمته ٢٩ دولاراً كل ٣ شهور. ماذا يتأتى على أن أفعل؟ أنا أكسب بعض المال، ولكن لماذا ينبغي أن أنفق هذا المال على أطفاله؟"

"هل ترين ابنتي اتينو جالسة هناك، كان ينبغي أن تكون بالمدرسة. إنه يدفع مصاريف مدرستها، ولكنه يقول لي أن أشتري الزي المدرسي والكتب مما يتبقى من المال الذي يتركه لنفقاتنا جميعا. ليس لدي حتى ما يكفي للكتب ولذا لا تذهب ابنتي للمدرسة الآن ".

"أطفالي يبدون كما لو كانوا عالة".

وطالما أن الزوج لا يعطي زوجته ما يكفي من النقود حتى لتلبية الاحتياجات الأساسية للأطفال، فلا يثير الدهشة أن الزوج لا يستطيع تقدير ما تحتاجه المرأة من وقت للراحة خال من الأعباء:

"إن طحن الحبوب في الطاحونة يكلفنا كثيرا. ويقول زوجي " استخدمي الرحاية كما كانت تفعل والدتي". ولكن، لدينا ٦ أطفال. هل ينبغي أن أقوم بطحن الحبوب كل يوم من أجل الأطفال الستة ويوجد بالقرب منا طاحونة؟".

كانت شكاوي المرأة يقابلها صمت، لا شئ يتغير يقول الرجال أنهم لا يملكون نقودا، و أن هناك عدداً كبيراً جدا من الأطفال وليس بالإمكان إعالتهم جميعا. وقد نصح الأزواج زوجاتهم بالمزيد من العمل للحصول على مزيد من الطعام.

وعندما تحدثت زوجة فيما يتعلق بما يتوقع أن تقوم به مع الأطفال، أصبح الزو ج غاضباً جداً، وهددها بمعاقبتها على كلماتها. وسرعان ما غادر المنزل متوجه لمنزله في الحضر، ولم تره لمدة أربعة شهور. وقد سمعت أيضا أن لديه امرأة أخرى في المدينة.

وتختار غالبية النساء عدم مناقشة قلة المساهمة المالية للرجل في أعباء الأسرة، وذلك خوفا من رد فعله. قالت بعض النسوة أنهن "**لم تكن لديهن الفرصة**". ومع كل، فهناك نسوة أخريات حاولن المناقشة ثم استسلمن بعد ذلك، إذ أن النقاش لم يسفر عن أي نتائج.

ومن زاوية دعم الأزواج للأطفال، يبدو أن حال الجيل الحالي من النساء أسوأ من حال الجيل السابق. قديما، كان الأزواج يعيشون في نفس المكان ولم يذهبوا إلى أي منطقة أخرى. ووفقا لما تقوله إحدى الحموات، كان زوجها يساعدها بالمال، وفي تأمين الطعام، وفي رعاية الأطفال، وفي العمل في الحقل.

كما أن الخلافات مع الأقارب، فيما يتعلق بمن لديه حقوق أكثر بالنسبة لتحويلات الزوج النقدية، قد أدى إلى خلق المزيد من المشكلات

بالنسبة للنساء، ليس فقط فيما يتعلق بسهولة النفاذ إلى النقود، وإنما أيضا في التسبب في توتر بالعلاقات مع ذات الناس الذين تعتمد عليهم المرأة لمساعدتها ودعمها الاجتماعي.

"عندما يحضر أو يرسل نقودا، تأخذ والدته هذه النقود، ثم تعطيني قدرا منها، وبعد ذلك تتابعني وتسألني ماذا فعلت بالنقود".

"حماتي دائما تسألني عن النقود التى يرسلها إبنها. وأقول لها أن النقود لأطفاله أيضا ولزوجته، ولكنها لا تفهم".

"عندما لا تملكين النقود، تقلقين دائما بشأن الغد. لم أكن أعرف أن المرأة المتزوجة تقلق على هذه الأشياء. لقد ذهبت إلى المدرسة لمدة ٩ سنوات، وكان زوجي يعمل في نيروبي. وأجد من الصعوبة تربية أطفالي على المستوى الذي كنت أريده لهم. مشكلاتي الكبرى هي حماتي وشغلها الشاغل"بنقود ابنها".

رعاية الطفل

يبدو واضحا احتياج المرأة للمساعدة في رعاية طفلها، ولقد عبرت أكثر من نصف السيدات عن عدم الرضا الشديد بشأن طبيعة رعاية الطفل المتوفرة لهن أثناء وجودهن خارج المنزل. أحيانا تكون المشكلة هي كبر سن الجدة، بحيث لا تقدر على رعاية الطفل على نحو جيد. وفي حالات أخرى، يذهب الأطفال الأكبر إلى المدرسة أو للعمل في الحقل.

ومن المثير للدهشة أن نصف الحموات وشقيقات الزوج، وغيرهن من الأقارب الذين يعيشون في نفس المكان، كن مستعدات للقيام بمهام رعاية الطفل أثناء وجود الأمهات خارج المنزل. هذا في حين أن أم المرأة وقريباتها لم يشكلن مصدرا أساسيا للعون، وربما يرجع ذلك إلى أن كثيرات منهن كن يسكن بعيدا. توجد في كيبويزي منطقة سكنية جديدة، وفيها كانت المساعدة في رعاية الطفل تقدم في الأغلب من الجيران وليس الأقارب، أو لا يجري تقديمها على الإطلاق.

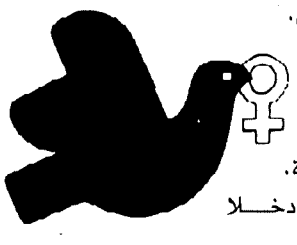
وكان الأطفال الأكبر سنا يقدمون جزءا هاما من المساعدة في مجال رعاية الأطفال الأصغر(٢٠٪). ولكن عمر الأطفال الذين يتولون مسئولية الأصغر منهم قد أخذ يتقلص - يتراوح عمر غالبيتهم من ٥ إلى ٧ سنوات. ولأنهم هم أنفسهم أطفال وفي حاجة إلى الرعاية، كانوا غير مؤهلين بصورة جيدة لتحمل المسئولية. ونظرا لأن الأطفال الذين تزيد أعمارهم على ٧ سنوات لا يستطيعون القيام برعاية الصغار والذهاب إلى المدرسة في ذات الوقت، فقد كانوا في كثير من الحالات يضحون بتعليمهم وخاصة الفتيات منهم .

وهناك حقيقة أخرى تتمثل في أن جزءا أساسيا من الأطفال الصغار (١٨٪) كان يتم تركهم بمفردهم، سواء داخل المنزل أو خارجه. وقد عرضهم ذلك إلى أخطار جسيمة وكان سببا أساسيا من أسباب القلق. كما كان غالبية هؤلاء الأطفال يبقون بدون طعام حتى تعود الأم إلى المنزل.

وعلى خلاف الجيل الحالي، لم تقل أي واحدة من الحموات أنها كانت تترك أطفالها بمفردهم، كما أفدن بحصولهن على مساعدة من الأقارب، وخاصة من الزوجات الأخريات. وطالما أن الأزواج يعيشون في نفس المكان، كانوا في العادة يتولون مسئولية تنظيم العون بين كل الزوجات بشأن الأطفال. وأفادت بعض النسوة الأكبر سنا اللاتي تحدثنا معهن (٧من ٥٠ على وجه الدقة) أنهن يشعرن أن عدم انتشار تعدد الزوجات قد حرم المرأة من مصدر من مصادر الدعم.

أفادت هؤلاء النسوة أيضا بأن الأطفال الذين كان يتم تكليفهم برعاية الصغار كانت أعمارهم تزيد عن ١٠ سنوا، وكان بإمكانهم الطهي والقيام بالأعمال المنزلية البسيطة. وبطبيعة الحال، لم تكن غالبية الفتيات الصغيرات يذهبن إلى المدرسة في تلك الأيام، وحتى إن ذهبن للمدرسة فكن يبدأن الدراسة في سن متأخرة. وهكذا، كان الجيل الأكبر سنا من النساء يحصل على مساعدة أفضل نتيجة لقدرة الأطفال الكبار الذين يقومون برعاية الصغار.

أما العون المقدم من الأقارب أو الجيران، فكان بدون تكلفة. ولكنه، في واقع الأمر، كان يفرض التزاما برد هذا العون عينيا، أو مبادلته بنوع آخر من المساعدة. وفي أي الحالات، كان من المتوقع من غالبية النساء صغيرات السن القيام بأداء عدد من المهام اليومية لأقاربهن، مثل جلب المياه، والعمل في الحقل، وإعداد الطعام، وأحيانا الغسيل، وتنظيف المنزل، وجلب حطب الوقود. وهناك دائما مدونة سلوك غير مكتوبة حول تبادل العون، ولكن مع وضع التزامات أكبر على عاتق النساء صغيرات السن.



إن المشكلات المتعلقة بإيجاد رعاية مناسبة للطفل، لم تكن ترتبط بالضرورة بوظيفة المرأة. فالمرأة يمكن أن تمتلك دخلا

مستقلا دون حاجة الى رعاية للطفل، أو تحتاج لرعاية الطفل دون أن تمتلك دخلا مستقلا، كما هو الحال بالنسبة للمزارعات. كما أن الحاجة الى رعاية الطفل كانت أيضا موسمية الطابع بسبب التقلب في متطلبات السوق الزراعي وسوق العمل. إن أنماط العمل الريفي لا تتسق بالضرورة مع مهمة رعاية الطفل. فمن بين النساء العشرة اللاتي يعملن في وظائف رسمية، كانت هناك امرأة واحدة فقط قادرة على أن تدفع نقودا لامرأة أخرى كي ترعى أطفالها، كما كانت هناك امرأة أخرى تترك صغيرها في الحضانة، وكلاهما من سوازيلايد.

ما الذي تسعى إليه المرأة، من زاوية العون الذي تحتاج إليه لرعاية الطفل؟ إن النساء اللاتي أجرينا معهن مقابلات في كينيا يعتبرن أن تأجير امرأة لرعاية الطفل هو الحل الوحيد، بينما أشارت السيدات في سوازيلاند إلى دور الحضانة ومراكز الرعاية المفتوحة في فترة عملهن. وطرح عدد قليل من النساء اللجوء إلى بعض الطرق لتقليص المهام الأخرى ولإيجاد وقت للأطفال، وعلى سبيل المثال: البدء في مشروع تقوم به بعض النسوة يتعلق بجلبهن المياه للجميع، وهو الأمر الذي يخدم أيضا كوسيلة لإدرار الدخل من أولئك النسوة اللاتي يمكن أن يدفعن نقودا نظير هذه الخدمة.

إن نقص المال كان واحدا من أهم أسباب عدم قدرة النساء على القيام بما يرغبن فيه من تغيرات. وتضم الأسباب الأخرى ما يلي: رفض الزوج التحرك الى مكان آخر، أو تأجير شخص ما، فضلا عن نقص الأيدي العاملة الجيدة. ولم يكن بمقدور غالبية النسوة تأجير امرأة ماهرة للمساعدة. كما إن حلولا مثل دور الحضانة أو المشروعات المدرة للدخل، كانت تتطلب جهدا مجتمعيا، ولكن مجتمعاتهم لم تكن مستعدة لمثل هذه الأنشطة المشتركة. وهناك نساء أخريات لا يملكن أي مهارات لإدرار دخل لأنفسهن.

نتائج

هل تحسنت حياة المرأة مقارنة بالأجيال السابقة؟ إن الإجابة مختلطة بالضرورة. فالمرأة الأفريقية الريفية المعاصرة تتحمل العديد من المسئوليات، لكنها محرومة من الموارد التى تعينها على القيام بمسئولياتها على نحو جيد. إن شكل " التطور" الذي تمر المرأة بخبرته قد أخذ في حالات عديدة الصالح مع الطالح مما كان تقليديا، ودون أن يقدم بديلا مناسبا.

لقد أدت الرعاية الصحية الحديثة، بكل فوائدها، إلى زيادة الطلبات الملقاة على كاهل المرأة ووقتها وطاقتها. إن الحمل بصورة طبيعية ووجود رعاية للأطفال الرضع يمكن أن ينقذ حياة أطفال كثيرين، ولكنه لا يكفي لتجنب عبء المرض الثقيل لدى العديد من الأطفال.

كما أن المدرسة تعد أيضا أمرا يثير الخلط. فالمرأة ترغب في أن يذهب أطفالها إلى المدرسة، ولكن المدرسة تزيد من الطلب على الدخل النقدي، كما أنها تأخذ الفتيات الكبار بعيدا عن المنزل، في حين كانت هذه الفتيات تمثل المصدر الرئيسي للعون للأجيال السابقة من النساء.

أن التقلص التدريجي الذي حدث في مجال تعدد الزوجات يمثل تغيرا جيدا، و لكن زوجات الرجل الواحد - كما أشارت السيدات المسنات - كن يمثل مصدرا هاما من مصادر العون. وعلاوة على ذلك، ما يزال هناك شريكة أخرى للرجل، وخاصة بالنسبة للرجال الذين يعيشون في المناطق الحضرية بعيدا عن زوجاتهم. إن المرأة التى تبقى بمفردها تقوم برعاية أطفال زوجة زوجها، ودون أي عون من زوجها أو شريكته.

أن الطلب المتعاظم على الدخل النقدي يعني أن المرأة التى تتولى قيادة الأسرة تواجه مسئوليات إضافية مع موارد غير كافية، وعليها أن تبحث عن مورد دخل تكميلي للحصول على المال، وعادة في غياب أي دعم مالي ملائم من الزوج. كل هذا بالإضافة إلى قيامها بإنتاج الطعام ومسئوليتها في المنزل ورعاية الأطفال.

وفي هذا السياق، فإن الخدمات الرسمية لرعاية الطفل، سواء المجانية أو المدعومة من جانب الحكومة، تمثل البديل الوحيد المجدي، وتستحق دراسة فورية وجدية.

وتمتلك منظمات المجتمع المحلي والجماعات النسائية إمكانات ضخمة في مجال مساعدة المرأة الأفريقية الريفية اليوم وإمدادها بالعون الاجتماعي الذي تحتاج إليه. وهناك مطلب هام آخر يتمثل في زيادة التزام الحكومات، سواء في تيسير وظيفة منظمات المجتمع المحلي والجماعات النسائية، أو في الإمداد المباشر بآليات العون الاجتماعي.

ملحوظة

تقدم هذه الورقة تلخيصا لتقرير البحثي الذي تدعمه إدارة صحة الأسرة في منظمة الصحة العالمية، وهو بعنوان " تدابير العون المقدم للمرأة في مجال الصحة والتنمية: دراسات حالة في كينيا وسوازيلاند ١٩٧٨ - ١٩٨٨"، وكان غير منشور سابقا.

الأمهات من الطبقة العاملة كمدرات للدخل الاقتصادى ومسئولات عن الأسرة
فى الأرجنتين

مقدمة:
تدور هذه الورقة البحثية حول التجارب الشخصية والأسرية للنساء الفقيرات، الأمهات، اللاتى يتولين مسئولية أسرهن فى عاصمة الأرجنتين. ولا تتبع أسرهن نموذج الأسرة النووية التقليدى، وذلك من حيث إن: المرأة هى الموفر الأساسى للدخل، وهى التى تتولى مسئولية الأسرة باعتبارها العائل الوحيد، أو قد تتكون الأسرة من رجل وإمرأة فى زواج ثان، بعد أن انفصل كل منهما عن شريكه السابق أو حصل على الطلاق، ويكون لدى أحدهما أو كلاهما أطفال من شريكه السابق ويعيشون معهم. وتبحث هذه الورقة فى الطرق التى يمكن من خلالها أن تؤثر هذه المواقف غير التقليدية على المرأة، وكيف تتأثر علاقاتها بالاطفال وبشريك حياتها.

بقلم/ روزا. ن. جيلدشتاين

هناك دراسات عديدة، فى العقد الأخير، حول الأسرة والعائلة، وكلها تشير إلى اتجاهين مرتبطين ببعضهما البعض: الأول، العدد المتزايد من حالات الانفصال أو الطلاق؛ والثانى، العدد المتزايد من النساء اللاتى يتولين مسئولية الأسرة أو منتمون لأسرة أعيد تكوينها؛ ونحن نعنى بذلك؛ الأسر التى تتكون من رجل وإمرأة فى زواج ثان بعد أن انفصل كل منهما عن شريك سابق، ويكون لدى أحدهما أو كليهما أطفال من الشريك السابق ويعيشون أساساً مع أسرتهم.(١،٢،٣،٤،٥)

"وفى مركز هذه التغيرات (فى الأسرة) نجد إعادة بناء العلاقات بين الذكر والأنثى، سواء فى العمل أو فى المنزل، حيث يتوقع الرجل من زوجته أن تشارك فى المسئولية الاقتصادية، وتتوقع المرأة من زوجها المساعدة فى المهام المنزلية..."(٦)

إن دخول المرأة إلى سوق العمل الحضرى فى الأرجنتين فى العقد السابق يُعد من التبعات المباشرة لسياسات التكيف الهيكلى ذات الآثار السلبية على توظيف الرجل ودخله، وخاصة بالنسبة للعمال اليدويين الذى لا يملكون سوى القليل من المؤهلات.(٧) وفى هذا السياق، نجد زيادة فى عدد الأسر التى تقوم فيها المرأة بدور المسئولية الأساسية.(٨) وفى بوينس أيريس الكبرى، نجد أن نسبة الأسر التى تدعمها النساء قد وصلت إلى ١٩٪ عام ١٩٨٠، ثم إلى ٢٥٪ عام ١٩٩٨، و٢٧٪ عام ١٩٩٢(٩،١٠)

إن التدهور فى مجال التوظيف والدخل بالنسبة للرجل، حتى عندما تعمل زوجته، قد أدى إلى عملية إفقار كثير من العائلات. وعلاوة على ذلك، فإن التغير فى الأدوار الاقتصادية، والذى فرضته الظروف المناوئة الخاصة بالركود الاقتصادى والتي لم يتم اختيارها طواعية، قد أصبح سبباً متكرراً من أسباب الصراع داخل العلاقات الزوجية وتمزقها.

وهكذا، لم تؤد الأزمة الاقتصادية إلى تشويه سوق العمل فحسب، وإنما أثرت تأثيراً عميقاً أيضاً فى حياة الأسرة بالطبقة العاملة. لقد شجعت على نمو ظاهرة اقترنت حضارياً بالفقر وهى: تشكيل الأسرة غير التقليدية. إن الأسر التى تتولى فيها المرأة المسئولية الأساسية تعتبر حتى الآن أسرة هشة. وعندما يصعب الحفاظ على تجانس الأسرة النووية التقليدية، تحدث الأزمة؛ إذا ترك الرجل المنزل تتولى المرأة مسئولية الأسرة، ومن الممكن أن تدخل

الأسرة فيما بعد فى مرحلة إعادة تشكيل، وذلك عن طريق الانفصال ودخول شريك جديد إليها- وهذا هو ترتيب المراحل الذي يتم عادة.[٤]

إن نموذج الأسرة النووية التقليدى يمكن تعريفه باعتباره "زواجاً قانونياً لمدى الحياة، بين رجل وإمرأة، يثمر عن وجود أطفال؛ ويكون الرجل هو المسئول عن الأ سرة ويمثل السلطة النهائية فيها."[٤] وتدور هذه الورقة البحثية حول الأسر التى لا تتبع النموذج التقليدى من ثلاث نواح: المرأة تتولى مسئولية إدرار الدخل، أو المرأة هى التى تقف على رأس الأسرة وتكون بمثابة العائل المنفرد؛ أو تكون الأسرة قد تعرضت لعملية إعادة تكوين .

وتمشياً مع مفهوم الأدوار السائدة لكلا الجنسين، فإن الأسر فى العاصمة الكبرى فى بوينس أيريس التى يتولى فيها الرجل مسئولية إدرار الدخل تُعد أيضاً من الأسر النووية التقليدية السائدة. وتصل نسبة هذه الأسر إلى ما يزيد عن ٧١٪ من مجموع الأسر، وأكثر من ٧٧٪ من الأسر ذات الدخل المنخفض.

وفى نفس الوقت، فمن بين النساء الفقيرات، فى بوينس أيريس الكبرى، اللاتى كُنَّ فى ١٩٩٢ يتولين مسئولية إدرار الدخل للأسرة، هناك ٣٨٪ كُنَّ يتولين مسئولية الأسرة بمفردهن نتيجة لغياب الشريك الرجل؛ ونعنى بذلك أنهن كُن أمهات منفردات مسئولات عن أسرهن، و٤٢٪ منهن كُن زوجات. (ونسبة ٢٠٪ الأخرى كانت تمثل البنات أو غيرهن من قريبات الأسرة). والأمهات يعلن نسبة كبيرة تبلغ ٨٠٪ من الأسر ذات الدخل المنخفض، التي يعولها نساء و٤٠٪ من هذه الأسر لديها أطفال أصغر من ٧ سنوات، و٦٩٪ منها لديها أطفال أصغر من ١٥ سنة.

إن الأسر التى تعرضت لإعادة التكوين لا تعتبر بدعة جديدة.[١١] ومع كل، فإن تزايد حالات الانفصال والطلاق قد غيرت من السبب وراء تكون مثل هذه الأسر، والذى كان يتمثل تقليدياً فى وفاة أحد الشريكين.[١، ٢، ٤] وعلى الرغم من أن الأسر التى أعيد تكوينها فى الأرجنتين كانت تُعتبر "نموذجاً مألوفاً فى الطبقات الدنيا لفترة طويلة جداً"[١٢]، فإن الملاحظات التي تؤكد تزايد هذه الظاهرة ظهرت في تقارير المعالجين النفسيين للأسر الذين يستقون خبرتهم الإكلينيكية أساساً من جلسات المشورة مع أسر الطبقات الوسطى[١٢، ١٣، ١٤]

ولا نمتلك بعد بيانات إحصائية يمكن الاعتماد عليها بالنسبة للأسر التى أُعيد تكوينها. ولكن عينة غير عشوائية تتكون من ٣٦٣ فرداً بالغاً، من ١٥ إلى ١٨ سنة، يعيشون فى بوينس أيريس الكبرى، قد وجدت أن حوالى ١٠٪، سواء من الطبقة العاملة أو الطبقة الوسطى، كانوا يعيشون فى ظل أسر أُعيد تكوينها. وغالبيتهم كان يعيش مع الأم وشريكها الجديد.[١٥]

إن الأسر التى خاضت مثل هذه التغيرات لا تختلف من حيث البنية فقط، وإنما أيضاً من حيث المشكلات التى تواجهها والاستراتيجيات التي تتبناها، بدرجات مختلفة من النجاح من أجل مواجهة هذه المشكلات. إن بعض جوانب بنية الاسرة وديناميكياتها التى تؤثر على الحياة اليومية[١٦] تتمثل فيما يلى: عدد أعضاء الأسرة الذين يمكنهم إدرار الدخل، ودور كلا الجنسين والعلاقات بين الاجيال، وتقسيم العمل داخل المنزل والعمل المأجور، وممارسة السلطة ومصادر مشروعيتها. كيف يمكن أن تندمج هذه المكونات فى الأسر التى يجرى حالياً دعمها عن طريق المرأة؟

تدور هذه الورقة البحثية حول التجارب الشخصية والأسرية للنساء، والأمهات، اللاتى يتولين مسئولية أسرهن فى بوينس أيريس الكبرى. وتقدم الورقة معلومات نوعية ترتبط بمجرى المقابلات المعمقة التى أُجريت مع ٢٩ إمرأة[١٧]. كانت بعض النساء منفردات بلا شريك والبعض يعيش مع شريك. وفى فترة الدراسة، كانت كل النسوة يعملن وكان دخلهن أساسياً بالنسبة لمالية الأسرة، وغالبية هؤلاء النسوة يعملن منذ فترة طويلة، حتى منذ أن كُنَّ فتيات صغيرات. وكانت كافة النساء- بدون استثناء- يشعرن بالتزام عميق تجاه العمل، ويدركن بوضوح أهمية مساهمتهن فى دعم أسرهن. كما عبَّرت أيضاً غالبية النسوة عن التزام فردى تجاه العمل، ويرجع ذلك، كما أشرن، إلى أهمية تنمية ذواتهن واستقلالهن الذاتى.[١٨] وتعيش هؤلاء النسوة فى مناطق تضم أفراد الطبقة العاملة فى بوينس أيريس، و قد هاجرت النسوة أو أسرهن إلى تلك المناطق من المناطق الريفية أو المدن الصغرى فى الأرجنتين أو البلدان المجاورة لها. وكانت غالبية النسوة يساعدن عائلاتهن ذات الدخل المنخفض، وفى بعض الحالات القليلة من متوسطى الدخل.

الأسرة النووية "التى لم تُمَس"

يكمن أحد الفروض المصاحبة لنموذج الأسرة النووية التقليدى فى أن كلا من المرأة والرجل يمكنهما الاعتماد على أن شريكه الأخر يساهم فى رعاية الأطفال وفى المسئوليات المالية. ويبدو هذا مؤكداً بالنسبة لبعض النسوة فقط فى بداية الزواج بوالد أطفالهن والذى يُعتبر قائد الأسرة وبإمكانهن مشاركته فى القرارات الهامة الخاصة بالمنزل.

وفى الأسر التى تلعب فيها المرأة الدور الاقتصادى الأساسى، لا تتوقع المرأة أن يسبب عملها أى صراع. فالمرأة

هناك تدرك أنها هى وشريكها مسئولان عن إدرار الدخل معاً ويقبلان المشاركة فى المسئولية الاقتصادية باعتبارها أمراً طبيعياً. بل يعتبر هؤلاء النسوة أن ما يدررنه من دخل إنما يمثل "مساعدة" لشريكهن، ومن أجل صالح الأسرة. وفى واقع الأمر، قليل من هؤلاء النسوة كُنَّ المصدر الأساسى للدخل طوال فترة الزواج، ولكنهن يعتبرن ذلك وضعاً انتقالياً. وكان أغلب الأزواج يعملون فى القطاع الرسمى أو كعمال بائعين، والحقيقة أنه لا يوجد زوج واحد منهم لم يفعل كل ما في وسعه لتغيير الوضع ومواجهة الأزمة، بل حاول أقصى ما يستطيع للحفاظ على دوره كزوج وأب.

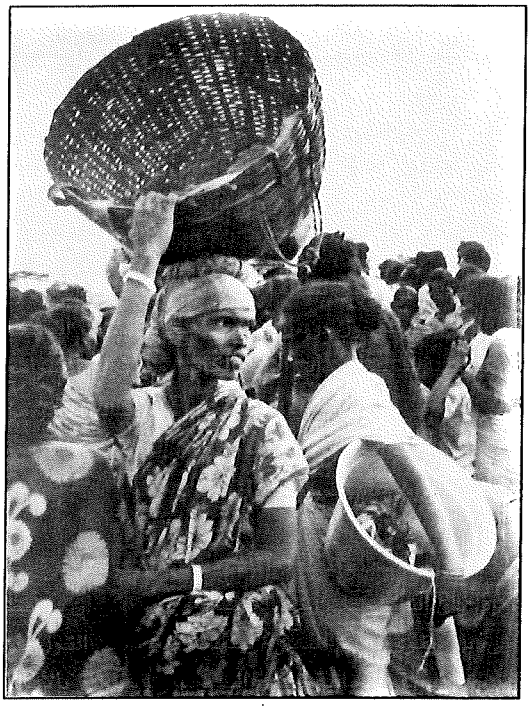
وتقوم غالبية النسوة بإدرار الدخل عن طريق العمل فى مجال النظافة في البيوت، أو الخياطة فى منزلهن، أو رعاية أطفال سيدات أخريات، وذلك حتى يستطعن تمضية أكبر وقت ممكن فى منازلهن لرعاية أطفالهن. فلكل واحدة منهن ثلاثة أطفال أو أكثر، وبعض الاطفال ما يزالون فى سن صغيرة. وتعمل المرأة فى مثل هذه الأعمال إذا ما كان دخل زوجها غير كاف.

ويتحقق التوافق فى الحياة الزوجية عن طريق قبول تقسيم الأدوار التقليدي للجنسين، ارتكازاً على القيم والصور التقليدية للزواج والأمومة إلى حد معين، ومع بعض التعاون والتنازل من جانب الأزواج فيما يتعلق بالمهام المنزلية، وقبولهم لأنشطة الزوجة خارج المنزل.[١٩] ومن بين تلك الأسر التى تضم فردين على الأقل يعملان على إدرار الدخل، يجد القليل أنفسهم فى مستويات منخفضة من الدخل. وفى الواقع، تواصل بعض الزوجات العمل حتى بعدما تتحسن ظروف عمل الزوج، وذلك من أجل أن تتمكن من شراء أشياء للأسرة، مثل شراء بيت لهم أو مساعدة الزوج على الدخول فى مشروع خاص. ولا يساورهم أى شك فى أن المشروع المشترك لتحسين وضع الأسرة يسهم فى الحفاظ على وحدة الزوجين.

ولكن الموقف قد يختلف تماماً بالنسبة لنساء أخريات. فبعض النسوة قد وجدن أنفسهن فى مواجهة صراعات حادة مع أزواجهن نتيجة لتغير الأدوار من جراء مساهمتهن فى إدرار الدخل للأسرة من خلال العمل.

الأسر النووية فى وضع الأزمة

أصبحت بعض النسوة، فى ظل هذا الوضع، المسئول الأساسى عن إدرار الدخل للأسرة. ونظراً لأن هؤلاء النسوة قد تزوجن فى "العقد الضائع"، فإن أزواجهن كانوا يفتقدون دائماً لعمل دائم (إذا ما وجدوا عمل على الاطلاق)، ومنذ نهاية أعوام الثمانينيات كانوا فى حالة بطالة بشكل أو آخر



وهناك نساء أخريات اضطلعن بأغلب المسئوليات الاقتصادية بعد سنوات من زواج كان مؤسساً على التقسيم التقليدى للأدوار. وما زال الدخل الحالى لازواجهن غير دائم، أو محدود جداً بحيث لا يفى بمتطلبات الأسرة. ونظراً لأن هذه الأسر تمتلك عدداً كبيراً من الأطفال، أو نظراً لأن الاطفال مازالوا صغاراً ولا يقدرون على العمل بعد، أو يذهبون للمدرسة، فإن دخل هذه الأسر يصبح منخفضاً أو يصل إلى مستوى الفقر.[٢٠]

ويلتزم هؤلاء النسوة بالعمل التزاماً تاماً. وعادة ما يعملن فى أكثر من وظيفة واحدة و لأكثر من ٤٥ ساعة فى الاسبوع. وتنزع هؤلاء النسوة إلى تحمل العبء من أجل الحفاظ على ظروف حياة أطفالهن أو تحسينها.

وقد مرت أغلبهن تقريباً بخبرة بعض الخلافات الزوجية. وتقوم أغلبهن بتوبيخ أزواجهن لسلوكهم أو لرفضهم المشاركة فى الأعمال والمهام المنزلية، ولكنهن أيضاً يشعرن بعدم الرضا- أن الزوج غير قادر على "إنجاز واجبه" الاقتصادى إزاء الأسرة. ونتيجة للسلطة التى يحصل عليها هؤلاء النسوة من جراء قيامهن بدعم الأسرة، تبدأ غالبيتهن فى إجراء تغييرات فى كيفية المشاركة فى العمل المنزلى، فضلاً عن التغييرات فى كيفية إدارة ميزانية الأسرة. ففى عائلة فلورنسيا، التى بها ستة أطفال صغار وتعمل ساعات طوال

فى المصنع، كان هناك انعكاس فى الأدوار. فزوجها الذى لا يعمل يتولى أغلب المهام المنزلية ويقوم برعاية الأطفال. وقد تسبب هذا الموقف فى عدد غير قليل من المشاجرات- بما فى ذلك انفصال لمدة عام - نظراً لأن صورة دوره التقليدى تجعله غير قادر على التأقلم مع هذه التغيرات. أما بالنسبة إلى ليديا- والتى كانت تقوم بإدارة مرتبها ومرتب زوجها- فقد جعلت من نفسها مسئولة عن تغطية كافة النفقات، وطلبت مؤخراً من زوجها أن يشاركها فى هذه المسئولية حتى تجعله يعى مدى صعوبة تدبير شئون المنزل بهذا القدر من النقود التى يحصلون عليها.

وتعتبر المرأة نفسها فى هذا الموقف متولية قيادة الأسرة، ولكن عدد قليل من النسوة يقلن أن هذه مهمة مشتركة، بل وهناك عدد أقل يعتقدن أن الزوج يحتفظ بهذا الدور:

"أنا أقود الأسرة. وهذا هو الحال لأنه لا يفعل أى شئ"

(نورا- ٢٨ سنة، لديها طفلان، تعمل فى مصنع)

وفى مثل تلك الحالات، فإن المشاعر السلبية الأولية لدى الرجل- لأنه غير قادر على الاستجابة لاحتياجات الأسرة- تقوى نتيجة لأداء المرأة الكفء لهذا الدور. إن الاستقلال الذاتى والاحساس بالفخر الذى تشعر به المرأة فى هذا السياق يعزز من المشاعر السلبية لدى الرجل. إنه لا يقوم فحسب بإنجاز ما يتوقعه منه المجتمع، بل يصبح مضطراً أيضاً لأداء دور "نسوى". وهو الأمر الذى يقوى من احساسه بقلة قدره، و"تنازله" عن أدواره الذكورية مثل ممارسة السلطة الأبوية أو الرقابة على الأطفال، أو مسئولياته تجاه تعليمهم. وهذا التنازل بدوره يحض على فقدان الاحترام، كما يولد ضيقاً وعنفاً تجاه المرأة. وعلى الرغم من شعور هؤلاء النسوة بالفخر لأدائهن لأعمالهن تتولد لديهن مشاعر متناقضة مشابهة لمشاعر أزواجهن، وترتكز على قوة القيم التقليدية فيما يتعلق بتقسيم العمل داخل الزواج، وفى الإحباط فى التوقعات منذ بدء الزواج:

"إن مسئولية جلب النقود لدعم الأسرة هى مسئولية الرجل. فإذا كنت أنا التى أتولى هذه المسئولية، فهذا يرجع إلى أنه لا يُطعم الأطفال"

(ليتيسيا، ٣٣ سنة، لديها ٣ أطفال تتراوح أعمارهم من ٤ إلى ١٢ سنة ، تعمل فى المنزل كخياطة).

ويشعر الطرفان بعدم الرضا نتيجة لتغير الأدوار، والتى لم يختراها أى منهما وإنما أملاها تغير الظروف. ومن بين التبعات التى تظهر على الرجل، نجد الخيانة الزوجية والعنف (من جراء تعاطى المشروبات الكحولية)، وهى السبل الوحيدة التى يعرفها للتعبير عن قيمته وسلطته التى أصبحت الآن محل تساؤل. وهو الأمر الذى يؤدى بالمرأة، فى نهاية المطاف، أن تطلب الانفصال عن زوجها:

"فى السابق، كنت أعمل فقط لمساعدته. ولكن طوال العام الماضى لم يحقق أى دخل.. والآن يتعاطى المشروبات الكحولية بدرجة كبيرة. فإذا كنت سأصبح رأس العائلة، وبها رجل لا يمثل سوى عبئاً ثقيلاً، إذن فما معنى هذا وما فائدته بالنسبة لى؟"

(إلين)

ماذا تكسب المرأة وماذا تخسر من مثل هذا الانفصال؟ هل من الأفضل أن تعيش بمفردها بدلاً من العيش مع رفيق سئ؟[٢١]

أسرة من والد واحد، وتولى المرأة قيادة الأسرة

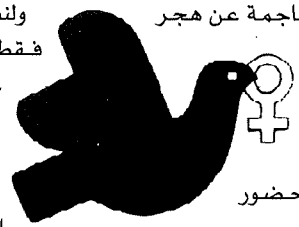
إن الفقر الذى تعانى منه الأسر التى تتولى المرأة قيادتها يُعد ناتجاً عن عوامل اجتماعية- اقتصادية، فضلاً عن كونه ناتجاً عن الحدود المفروضة من جراء أسلوب تكوين هذا النوع من الأسر، حيث تقل فرص العمل، مع انخفاض الأجر، بالنسبة للمهاجرين من المناطق الريفية والفقيرة فى داخل البلد أو البلدان المجاورة. وقد حصلت الغالبية من النساء على قدر ضئيل من التعليم الرسمى، وفى حالات عديدة كان هؤلاء النسوة مضطرات لترك الدراسة للدخول فى قوة العمل.

وهؤلاء من النساء اللاتى يقمن بالأعمال المنزلية؛ أو الخياطة لبعض الورش، والتى تدفع لهن بالقطعة، أو يعملن كممرضات فى المستشفيات وبيوت تمريض كبار السن، وهى وظائف غير مستقرة. وإذا كان هؤلاء النسوة لا يعشن بالقرب من، أو مع، أعضاء أسرهن الممتدة- وهو الأمر الشائع بالنسبة للمهاجرين الذين تركوا أسرهم، أو بالنسبة لتلك الأسر التى توفى عائلها أو أصبح مسناً- فإنهن يصبحن المصدر الأساسى أو الوحيد لإدرار الدخل، وخاصة إذا ما كان لديهن أطفال صغار السن ولا يعملن، أو غير قادرات على إيجاد عمل. ولا تحصل هذه النسوة على أى دعم اقتصادى من والد الطفل، ذلك الوالد الذى يتحمل هذه المسئولية بشكل غير منتظم أو على فترات، هذا إن لم يختف تماماً من الصورة. وفى كثير من الأحيان، يهاجر الوالد إلى مكان بعيد، أو يعود إلى موطنه الأصلى بعد الانفصال، دون أن يرسل أى أخبار، ونتيجة لذلك، فإن أى إجراء قانونى تتخذه المرأة لا يجد أمامه فرصاً كبيرة للنجاح. وإذا ما عاد الوالد لرؤية أطفاله، تكون هذه العودة على فترات متباعدة.[٢٢]

إن وجود أطفال صغار، وخاصة فى حالة عدم وجود أشقاء أو شقيقات أكبر يمكنهم تقديم يد المساعدة فى

رعاية الصغار، إنما يخلق عائقاً أمام الأمهات اللاتى يعملن عملاً مأجوراً خارج المنزل. فالامهات المنفردات اللاتى لديهن أطفال صغار لا يستطعن سوى العمل لعدد محدود من الساعات؛ ومن ثم، فإن نوع العمل الذى يستطعن القيام به يكون محدوداً هو الآخر؛ ونظراً لأن عدد الساعات يُعد عاملاً هاماً فى تحديد كمية الدخل، فإنهن مضطرات للقبول بدخل قليل.

وعندما تتولى المرأة قيادة الأسرة ويكون لديها أطفال صغار، فإنها تميل لاختيار الخدمة المنزلية (حتى فى بعض الحالات التى تملك فيها المرأة مؤهلات، مثل حالة إيريس التى أكملت دراستها الثانوية وحصلت على برامج تدريبية)، وذلك لأن هذا النوع من الخدمة يتيح لها العمل لساعات طوال مع بعض المرونة. فهى تصبح قادرة، على الأقل، على العمل بالقرب من منزلها؛ وحتى إن اضطرت لترك أطفالها بمفردهم، تستطيع أن تذهب إليهم لفترة قصيرة لترعاهم أو لتعطيهم شيئاً يأكلونه. ومع كل، ففى حالة إيريس التى تعمل طوال اليوم، نجد أن ذلك قد أثر عليها وعلى ابنتها تأثيراً سيئاً. أولاً: هناك الضغوط النفسية الناجمة عن هجر الزوج لزوجته وابنته، واللتين كانتا تحصلان على علاج نتيجة لذلك. ولكن الآن أصبحت إيريس وابنتها غير قادرتين على الاستمرار فى العلاج النفسى فى المستشفى العام لانه يستحيل عليهما حضور العلاج فى ساعات العمل المعتادة.



كما أن الموقف صعب أيضاً بالنسبة للنساء اللاتى لديهن أطفال كبار، واللاتى قد انفصلن عن أزواجهن بعد عدة سنوات من الزواج، ولديهن أسر كبيرة، وتمثل كل إمرأة منهن مصدر الدخل الوحيد لأسرتها. وفى حالة وجود أطفال كبار فى المدرسة، نجد أن التكاليف تصبح مرتفعة. ويصدق نفس الشئ بالنسبة للاطفال الكبار الذين لا يذهبون إلى المدرسة وفى نفس الوقت لا يجدون أعمالاً.

وفى المناخ الاقتصادى الراهن، يصعب على الشباب ايجاد وظائف،[٧] وهو الأمر الذى يضع المزيد من الأعباء على عاتق الأمهات. وقد عبرت بعض من هؤلاء النسوة عن قلقهن، ليس فقط لانعدام الدعم الاقتصادى، وإنما أيضاً لعدم يقينية مستقبل أطفالهن، وما يظهر من مشكلات سلوكية- وخاصة بين شباب الرجال الذين لا يملكون مالاً ولكن لديهم وقت وفير. وتكمن مخاوف الأمهات على أطفالهن فى وجود "صديق السوء"، أو تعاطى المخدرات، أو التمرد، أو البطالة.

ومع ذلك، يبدو أن النساء لديهن علاقات طيبة مع أطفالهن الكبار - صبياناً كانوا أو بناتاً- الذين اعتادوا على المساعدة فى أعمال المنزل، وشراء احتياجات الأسرة، ورعاية اشقائهم الصغار. ومن هذه الزاوية، يمكن القول بأن العبء الكبير الواقع على كاهل الأم المنفردة فى الأسرة الكبيرة، يجرى التعويض عنه عندما يكبر أطفالها ويصبحون قادرين على تولى بعض من المهام المنزلية.

إن هؤلاء النسوة اللاتى يكرسن قواهن اليومية فى تأمين حاضر ومستقبل لأطفالهن- "اذ لا يحدث أى شئ إلا إذا بذلت الجهد"- قد نجحن فى تكوين روابط تضامن قوية مع أطفالهن. وحتى فى الحالات التى يلوم فيها الاطفال والدتهم لترك والدهم للأسرة، تعلم الاطفال احترام كفاح والدتهم وما تبذله من قوة وجهد لدعمهم والحفاظ على استمرارية الأسرة. ويساعد هذا الأمر فى إضفاء الشرعية على وضع المرأة كقائدة للأسرة، ليس فقط بسبب غياب الرجل، وإنما أيضاً من خلال ممارستها للمسئولية وقيامها بالعمل واتخاذ القرارات وتولى مسئولية الأطفال. ونتيجة لذلك، فقد أخذت تشعر غالبية هذه النسوة بمشاعر الفخر الذاتى.

ولنبحث الآن فى ظروف النساء اللاتى لا ينفصلن فقط عن أزواجهن، وإنما يدخلن أيضاً فى علاقة جديدة.

الأسر التى أُعيد تكوينها

إن القيم والعادات السائدة تطرح فقط الأدوار المقترنة بالانجاب ورعاية الاطفال وتقتصر على المرأة- الأم في العالم كله، وترتبط بنطاق المنزل، وهو الموضع المادى للأسرة. وعندما يحدث انفصال داخل الأسرة، عادة ما يكون الرجل هو الذى يرحل، ومن ثم يترك الاسرة وتظل الأم بمفردها مع أطفالها.

ولهذا، فلا يثير الدهشة أن غالبية الأسر التى يعاد تكوينها، تتكون بإضافة زوج الأم إلى نواة الأسرة. ونادراً ما يجلب الأزواج أطفالهم من زواج سابق إلى أسرهم الجديدة، ويمكث غالبية هؤلاء الأطفال مع أمهاتهم. وينبغى ألا ننسى أن هؤلاء الأفراد يملكون موارد متواضعة. وحتى إذا ما كان الأب يرغب فى أن يأخذ أطفاله معه، فإنه لا يملك إمكانية إقامة اسرة منفصلة- كما يفعل بعض الرجال- بحيث يتولى الوصاية الكلية أو الجزئية على أطفاله.

وعندما يترك هذا الوالد أسرته، فإنه عادة ما يعود للمنطقة التى هاجر منها، أو يعيش فى منزل أحد أفراد الأسرة، أو فى دار من ديار الاقامة العامة، حتى يتمكن من تأسيس علاقة جديدة مع إمرأة، إما أن تكون متولية قيادة أسرتها ومكتفية ذاتية، أو تعيش فى منزلها مع أطفالها من

زواج سابق.[٢٣] وفى هذه الحالة، فإن الرجل الذى تتشابه ظروفه مع ظروفها يتزوجها ويصبح والداً لأطفالها فى المنزل الذى تعيش فيه.

وعدد قليل من هذه الزيجات الثانية يثمر أطفالاً. وهى التى تحدث فى الفترة المبكرة من الحياة الانجابية للمرأة. وفى تلك الحالات، ستوجد أسرة كبيرة بعدد أطفال كبير من الزيجتين.[٢٤] وعلى سبيل المثال، نجد راكيل وزوجها الحالى- استمر زواجهما حتى الآن لمدة ٨ سنوات- لديهما ٥ أطفال. كما يوجد لدى راكيل طفل آخر من زواج سابق. وهذا الطفل، باعتباره أكبر الابناء، يتولى مسئوليات منزلية، فضلاً عن قيامه برعاية الأطفال الصغار.

وعادة ما يقوم الزوج، الشريك الثانى، بالعمل وإدرار دخل منتظم للأسرة. أما قدر النقود الذى يكسبه الطرفان، فهو يعتمد فى أى لحظة معطاه على تغير ظروف سوق العمل والوضع الوظيفى النسبى للطرفين.

وعندما أجرينا مقابلة مع راكيل، كان لديها طفل بالغ من العمر ٩ شهور، وكانت قد تركت وظيفتها الثانية كعاملة نظافة. إن هذه الوظيفة ، عند إضافتها لوظيفتها الأصلية كممرضة، قد جعلت منها الفرد الأساسى المسئول عن إدرار الدخل للأسرة. ولكن تركت وظيفتها كعاملة نظافة لأن هذه الوظيفة كانت تمنعها من البقاء فى المنزل وتجهيز الطعام لأطفالها. ولذات فهى تعمل الآن لمدة ٢٥ ساعة فقط في الاسبوع، ولا يكسب زوجها سوى قدر يزيد قليلاً عما تكسبه ونظراً لأن هذه الأسرة تُعد من الأسر الكبيرة- حيث يوجد أيضاً شاب يبلغ من العمر ١٧ عاماً ويعيش معهم ولا يعمل على نحو مُنتظم- ولا يوجد من الكبار سوى راكيل وزوجها فقط الذين لديهم وظائف، فإننا نجد أن دخل هذه الأسرة بالنسبة للفرد يقع أسفل خط الفقر.

وفى مثل هذه الأسر، لم تظهر علامات على وجود خلافات خطيرة. تقول النسوة إن إدارة شئون الأسرة تتم بصورة مشتركة، ويناقش الزوجان القرارات الهامة، كما يقوم الزوج ببعض الأعمال المنزلية، ولدى كل من الزوجين قدر من الحرية للقيام ببعض الأشياء خارج المنزل. وتشعر راكيل أن هذا ممكناً لأن زوجها لا يسخر منها من أجل السيطرة عليها، كما يفعل اشقاؤها وجيرانها مع زوجاتهم.

وهناك نمط آخر من أنماط الأسر الذى أُعيد تكوينها، وفيها تتولى المرأة لعدد من السنوات مسئولية قيادة الأسرة، وذلك فى الفترة الواقعة بين ز واجها السابق وزواجها الحالى. وهناك أيضاً ذلك النمط الذى يستحيل فيه على الشريك أن يلعب دور المدر للدخل، وهو ما يجعله أيضاً يتخلى أيضاً عن وظائفه الأبوية الأخرى، بحيث تصبح المرأة- كأمر واقع- هى رأس العائلة[٢٥] خلال السنوات التى تسبق تفكك الزواج.

ولدينا أيضاً رينا، وكارلوتا، وتيرينسيا، حيث يكسب شريك كل منهن قدراً ضئيلاً من النقود رغم تنوع الأعمال. وتؤكد كل إمرأة من النساء الثلاث أن شريكها يجلب للمنزل كل ما يكسبه، ولا يستخدم لاحتياجاته الشخصية سوى قدر متواضع من المال. كما تشعر النساء الثلاث أيضاً أنهن لا يستطعن أن يطلبن من أزواجهن الكثير، لانخفاض دخل الأزواج، ولذا يقمن بتولى المسئولية بأنفسهن- وخاصة أن هؤلاء الازواج ليسوا الآباء الفعليين للأطفال.

إن تملك كل إمرأة من هذه النسوة "لمنزل خاص بها"[٢٦] - حصلت عليه خلال مبادرتها وقوتها- يعطيها احساساً بالثقة فى نفسها ويضعها فى موقف الاستقلال الذاتى الذى تفاوض، انطلاقاً منه، على شروط "تعاقد" الزواج الجديد. وهكذا، فإن العلاقة بين الجنسين فى مثل هذه الزيجات الجديدة تتسم بالديمقراطية، بل وبها سمات للقيادة النسائية ولا توجد أى حالة توضح وجود عنف من جانب الرجال. يقبل كافة الرجال فكرة المعاملة الحسنة لزوجاتهم وأطفالهم، كجزء أساسى من العلاقة. وكما وضحت الأمر سيدتان:

"إنه انسان جيد جداً، ولكننى لا اعطيه فرصة قيادة الأسرة. ولا أعرف لماذا. ولكننى أعرف أننى، معه أو بدونه، سوف انجح فى الاستمرار بحياتى".

(تيرينسيا)

"بشأن سوء المعاملة كلا، الآن كلا. عندما قابلته توخيت الحرص. كان لدى أطفالى، ولديه أطفال منها".

(كارلوتا)

وبشكل عام، يُبدى الزوج الثانى الاحترام لزوجته ولأولادها ويعاملها معاملة حسنة هى وأطفالها مقارنة بالعنف الذى كانت المرأة تتعرض له من زوجها السابق والد أطفالها. ومن الناحية الأخرى، فإن وضع الرجل فى هذه الأسر التى أُعيد تكوينها يبدو فى العادة

ملتبساً.(٢٧)

فالمرأة لا تعتبر الرجل عادة قائداً للأسرة أو حتى زوجها. فالمرأة عادة ما تشير لشريكها بكلمة "هو"، أو "هذا الشاب"، أو "شريكى الحالى"، أو باسمه الأول؛ ونادراً ما تقول "زوجى"- حيث كانت تطلق هذا المصطلح على زوجها الأول والد أطفالها. إن الأبوة البيولوجية كمصدر لإضفاء المشروعية على الشريك كزوج قد تم التعبير عنها بوضوح فى كلمات تيرينسيا:

"إننى لا أطلب أى شئ من الرجل الذى يشاركنى الآن، وذلك لانه ليس والد أطفالى... وإذا ما كان لدى طفل منه لكنت اعتبرته زوجى بصورة أكثر اكتمالاً".

ومن الناحية الأخرى، فإن الاطفال يقبلونه كشريك لأمهم وعضو من أعضاء الأسرة، وكناصح أو كصديق، ولكنهم لا يقبلونه فى دور الأب أو السلطة الأبوية. وتقول كارلوتا:

"أحياناً تحدث مشكلة عندما يريد تغيير أى شئ يقول الأطفال "من يظن نفسه، إنه ليس أبى"... إنهم لا يريدون قبول أى تعليمات منه.. على الرغم من أنهم جميعاً يحبونه"

إن هذا النوع من المقاومة مفهوم من جانب الأطفال الذين اعتادوا لسنوات على أن أمهم هى التى تدير المنزل بمفردها. وكما هو الحال بالنسبة لكارلوتا وشريكها، فهو يتردد فى تولى قيادة الأسرة ويفضل أن يظل فى وضعه الملتبس حتى يحافظ على السلام فى داخل المنزل.

"إنه يريد امتلاك السلطة، ولكن الأطفال ينتقدون فيه بعض الأشياء... والآن أصبح لا يشترك كثيراً فى الأمور حتى لا تصعب المسائل بينه وبين الأطفال"

والأمر الثالث يكمن فى أن هؤلاء النسوة قد مررن على الأقل بتجربة زواج فاشل؛ ويردن أن يستبقين لأنفسهن مكاناً إذا ما تحطمت العلاقة الجديدة:

"لقد نجحت فى صنع منزل لنا، وكل شئ فيه ملكى. ومن ثم، فإذا ما أراد أن يهجرنا فى يوم ما، سيتركنا دون أن يأخذ أى شئ"

(رينا)

ويرغب هؤلاء النسوة أيضاً فى الاحتفاظ لأنفسهن بدور والد الأطفال.

"أنا اعتبر نفسى رأس العائلة، ذلك أننى فعلت الكثير من أجل أطفالى ومازلت أقوم بهذا الدور. أنا القائد بالنسبة للاطفال، وهذا ما اتفقت عليه معه، أنا اتخذ كافة القرارات. لأننى فى يوم ما سأغضب وألقيه خارجاً. لا يمكنك إلقاء الزوج خارجاً"

(تيرينسيا)

وبإيجاز، فمهما كان "التعاقد" الذى أقامته هؤلاء النسوة فى الزواج الجديد، فقد وافقن كلهن، دونما استثناء، على أن العلاقة الحالية مرضّية وأقل خلافية عن الزواج السابق، وأن هناك أشياء لا يمكن أن يقبلنها مرة أخرى.

موجز ونتائج

لقد بحثنا باختصار- فى هذه الورقة البحثية الحياة اليومية للأسر فى المناطق الفقيرة فى بوينس إيريس، والتى لا تتسق مع النموذج التقليدى: أى الأسر التى تتولى المرأة قيادتها وتُعتبر مصدر الرزق الأساسى لها.

ولقد اكتشفنا أن النموذج التقليدى للأسرة لا يضمن، فى حد ذاته، وجود انسجام فى دائرة المنزل. بل على العكس، فقد رأينا أنه عندما توجد التوقعات التقليدية بشأن دور كلا الجنسين بين الشريكين- فى سياق يمنع الرجل من الوفاء بدوره- فإن المكانة الأعلى اقتصادياً للمرأة العاملة وعدم رضا الطرفين على تغير الأدوار يسفر عن مستوى عال من الصراع وعدم الاستقرار، ليس على الجانب الاقتصادى فحسب، وإنما العاطفى أيضاً.

وفى هذا السياق، فإن الأسر ذات الوالد الواحد والتى ترأسها امرأة- نتيجة للانفصال الزوجى- والأسر التى يعاد تكوينها- نتيجة لإعادة الزواج- تعد البدائل الواقعية الوحيدة لوجود أسرة نووية فى أزمة. وفى هذه الأسر البديلة، هناك جانبان يبرزان على نحو خاص فى علاقة الأم- الطفل:

- مركزية الأم كمصدر لاستمرار الأسرة،
- مركزية الأطفال فى حياة الأم، وهو ما يتضمن حقيقة أن الأطفال يضفون مشروعية على الزواج.

وهناك أطفال مشتركون فى بعض الزيجات بالأسر التى يُعاد تكوينها؛ وتسير هذه الأسر بطريقة مشابهة للأسر النووية بالزيجات الأولى. ومع مزيد من التوقعات الواقعية فيما يتعلق بالوضع الاقتصادى، تواجه هذه الزيجات ظروف الفقر عن طريق اتباع الاسلوب الديمقراطى والعلاقات المحترمة المتبادلة بين الطرفين، بحيث لا يطلب كل طرف من الآخر ما يمكن أن يشكل عبئاً عليه. وطالما أن وجود دخلين يتيح لهما مساحة أكبر من الراحة، يظل الشريكان يعملان، حيث فى ذلك مصلحة الأسرة بأكملها.

إن المرأة التى ترأس الأسرة بمفردها ودون شريك معها تواجه عدداً من الصعوبات، حيث لا يوجد من يشترك معها فى تحمل المسئولية الاقتصادية؛ وإذا كان لديها أطفال صغار، فلا يوجد من يتحمل معها العبء المنزلى. وما أن يكبر الأطفال، فإنهم يرتبطون بروابط تضامن قوية مع والدتهم التى تحظى باحترامهم سواء كأم أو كمسئولة عن توفير الموارد الاقتصادية. وتعرف هؤلاء النسوة مدى

الصعوبة التى سيواجهنها لمقابلة شريك جديد قادر على تقديم مساهمة اقتصادية ذات دلالة للأسرة. وفى كل الحالات، تدرك هؤلاء النسوة أن أطفالهن الكبار لن يقبلوا هؤلاء الرجال كآباء لهم، وبالتالي يرفضن تعريض استقرار الأسرة للخطر. كما لا يقبلن أن يفقدن استقلالهن الذاتى أو حق اتخاذ القرارات.

وتفضل بعض النساء الأخريات إدخال شريك جديد داخل الأسرة، بحيث لا يلقين عليه اللوم إذا كان غير قادر على الوفاء بدور المسئول الاقتصادى الأساسى للأسرة، طالما أنه ليس والد الأطفال الفعلى. وتستفيد المرأة من مثل هذا الرجل فى الحصول على المساندة المنزلية، ويعاملها معاملة حسنة هى وأولادها، ويحترم دورها كرأس للعائلة، كما أنه يحقق لها الأمان لوجوده فى المنزل. إن مثل هذه الأسر تحافظ على سمات قيادة الأم للأسرة، والتى كانت سائدة لعدة سنوات بعد هجران الوالد وتركه الأسرة.

إن الأسر غير التقليدية التى أجرينا معها مقابلات ليست بالضرورة غير مستقرة لمجرد أنها خارج نموذج الأسرة النووية التقليدى. بل على العكس، يمكن أن تصبح هذه الأسر بديلاً حيوياً، فى بعض الأحيان، وتعويضاً عن الخلل الوظيفى الذى كان قائماً فى الأسرة الأصلية عندما كان الوالدان حاضرين.

ويبدو واضحاً أن الفقر يؤثر تأثيراً سلبياً على الأسر، سواء التقليدية أو غير التقليدية. فالنساء والأسر التى قمنا بوصفها فى هذه الدراسة يوضحن عدم وجود أهمية "لنمط" الأسرة، عندما تقدر الأم- وحدها وأحياناً بصورة مشتركة مع زوجها- على القيام بأداء كافة الوظائف الأبوية على نحو جيد.

وطالما تستمر النساء فى التزامهن بالعمل، فسوف يستمرين أيضاً فى إحداث تغييرات فى دينامية الأسرة، بحثاً عن تقسيم أكثر عدالة للأدوار. وتوضح هذه الورقة البحثية أن المرأة قد أخذت تصبح أكثر قوة وتمكناً- عن طريق العمل، وما تمر به من ظروف مناوئة، وعادة عن طريق اضطلاعها بمسئولية نفسها وأولادها. إن الاستقرار فى الحياة الزوجية والأسرية كان يرتكز سابقاً على مشروعية السلطة الأبوية ودوامها؛ ولكن هذه السلطة قد تعرضت للضغط نتيجة للتغيرات الحادثة فى الأدوار الاقتصادية.

وربما تفضل نساء كثيرات وجود قيادة مشتركة للأسرة، مع المشاركة أيضاً فى المسئوليات المنزلية والاقتصادية ارتكازاً على العلاقة الديمقراطية وعلاقات المساواة. وقد استطاعت بعض النسوة تحقيق ذلك بالفعل. أما بالنسبة لنساء أخريات، فنجد أن عملية انعكاس الادوار تحدث- فالأزمة الاقتصادية والبطالة يدفعان كثيراً من الآباء لاتخاذ دور الزوج المنزلى، ذلك الدور الذى يجدونه مقلقاً لهم، مما يؤدى فى نهاية المطاف إلى تحطيم العلاقة. ونتيجة لذلك، فإننا يمكن أن نتوقع أن تعمل الهياكل الأسرية غير التقليدية على إعادة انتاج نفسها، على الأقل حتى حدوث تغيرات أساسية أخرى فى مجال العمل والتوظيف، وحتى تتيح القيم والتوقعات وجود نمط آخر من السلطة داخل الأسرة؛ نمط متاح ومقبول، باعتباره شرعياً، من جانب الرجل والمرأة.

ملحوظة

تُعد هذه الورقة البحثية نسخة مُعدلة جزئياً من دراسة بعنوان:

Familias con liderazgo femenino en sectores popu-" os Aires" lares de Buen

والتى تم نشرها فى:

Vivir en Familia", Catalina H. Wainerman (ed.)" UNICEF, and Editorial Losada, Buenos Aires, 1994.

وقد قام بترجمتها من الاسبانية مارج بيرير ونشرت فى هذه المجلة بإذن من منظمة اليونيسيف.

مراجع وهوامش

١) راجع:
Camarena, Rosa Marian and Lerner, Susana, 1993. "Familia y transicion demografica".
ورقة مقدمة إلى مؤتمر أمريكا اللاتينية الرابع حول السكان.
ABEP- CELADE- IUSSP- PROLAP- SOMEDE, Mexico, 23- 26 March.

٢) راجع:
Coleman, Marilyn and Ganong. Lawrence H,1990. Remarriage and stepfamily research in the 1980s: increased interest in an old family form. Journal of Nov): 925-40.) 52 Marriage and the Family.

٣) راجع:
Goldani, Ana Maria, 1991. La familia brasilena en transicion.In Cambios en el perfil de las familias.United Nations/CEPAL, LC/G.1761-P. 155-203.

٤) راجع:
Macklin, Eleanor D, 1987. Non traditional family forms. In: Handbook of Marriage and the Family. Marvin B Sussman and Suzanne K Steinmetz (eds). Plenum Press, New York.

٥) راجع:
Tepperman, Lorne and Jones. Charles, 1992. The future(s) of the family: an international perspective. Paper presented at 'El poblamiento de las Americas', Conference of the International Union for the Scientific Study of Populaiton. Veracruz, May.

٦) راجع:
Goldscheider, Frances K and Waite, Linda S,1991. The new 'decline of the family'. In: New Families/No Families? Goldscheider and Waite (eds). University of California Press, Berkeley, Page 1.

beth, 1993. Las relaciones intrafamiliares en America Latina.

وهى وثيقة معدة للاجتماع الاقليمى التحضيرى من أجل العام الدولى للأسرة، كارتاجينا، كولومبيا، ١٠- ١٣ أغسطس.

١٧) تم تجميع المعلومات النوعية أثناء المشروع البحثى التالى:
Trabajo y familia en un contexto de crisis: las nuevas responsabilidades de las mujeres"

وقد تم تن فيذ هذا المشروع عن طريق CENEP فى الفترة من نهاية ١٩٩٠ إلى نهاية ١٩٩٢، وبتمويل من مؤسسة فورد (راجع رقم ١٠ أعلاه).

١٨) بشأن مصطلحات مثل "الالتزام الفردى" أو "الالتزام الأسرى" للمرأة فى مجال العمل، راجع:
Garcia, Brigida and Oliveira, Orlandina, 1993 Gender relations in urban middle class and low income households in Mexico. ARHN Working Group on Sexual Behavior Research, Conference on International Perspectives in Sex Research. Rio de Janeiro, 11-25 April.

١٩) أعنى هنا السلوكيات تجاه المهام المنزلية- مثل إ عداد الوجبات، ورعاية الأطفال الصغار، وغسيل الملابس- إذا كانت الزوجة تعمل لساعات طوال، أو إذا كانت- كما هو الحال بالنسبة لبعض النساء اللاتى أجرينا معهن مقابلات- تمارس نشاطاً فى المجتمع المحلى. وهذا يختلف عن السلوكيات التى صادفتها أوليفيرا وجارسيا فى أسر الطبقة العاملة المكسيكية، حيث النساء اللاتى يترأسن عائلاتهن لا يتمتعن بكثير من الاهتمام من جانب شركائهن. (راجع رقم ١٨ أعلاه).

٢٠) تشكل هذه العائلات ٢٠٪ من الأسر فى المنطقة العاصمية بوينس أيريس، مع وجود أقل دخل للفرد فى مايو ١٩٩٢ يصل إلى مستوى خط الفقر أو أدن ى منه، وقد تمت جميع المقابلات فى هذه المنطقة. إن الدخل الذى تحصل عليه الأسرة، ويقل عن هذا الخط، لا يكفى لتغطية النفقات المقدرة للسلع والخدمات الخاصة بالاستهلاك الشعبى.

٢١) هذا عنوان أيضاً لأحد الكتابات الكلاسيكية حول النساء اللاتى يترأسن عائلاتهن فى البرازيل. راجع:
Carmen Barroso, 1978. Sozinhas ou mal acompanhadas: a situacao das mulheres chefes de familia. Paper presented at the seminar: 'A Mulher na Forca de Trabalho ne America Latina'. IUPERJ, Rio de Janeiro.

٢٢) فى رقم ١٥ أعلاه، نجد أن ٣٤٪ فقط من البالغين من الطبقة الدنيا الذين لا يعيشون مع آبائهم قد التقوا بهم فى الشهر السابق. أما الباقى، فقد التقوا بهم إما أثناء الاجازات أو لم يتم اللقاء لفترة طويلة.

٢٣) راجع:
Scott, R Parry, 1990. O homem na matrifocalidade: genero. Percepcao e experiencias do dominio domestico.Cadernos de Pesquisa.73:38-47

٢٤) تقوم الجدات، من ناحية الأم، بتربية الأطفال.

٢٥) لقد أخذنا هذا المصطلح من جارسيا كاسترو، وهو يشير إلى النساء الفقيرات المتزوجات ولكن يضطلعن بأغلب المسئوليات الخاصة بإعاشة الأسرة وإدارتها، حتى على الرغم من وجود الزوج فى الأسرة. راجع:
Mujeres pobres comojefes de hogar y como esposas en el proceso de reproduccion en Bogota: identidad y heterogeneidades. Working Paper 156. ILO: Programme of Populaiton Policy and Work, Geneva.

٢٦) عندما نقول أن المنزل هو منزلها، نعنى بذلك أنها قد تولت عملية بنائه بنفسها بالفعل أو لم يكن مكوناً عندما شغلته فى البداية بصورة غير قانونية ثم أضفت عليه الصفة الشرعية فيما بعد عن طريق دفع الإيجار للبلدية.

٢٧) إن التباس الأدوار، وخاصة بالنسبة لزوج الأم، قد تكررت الإشارة إليه باعتباره أحد العوائق التى يجب مواجهتها كجزء من عملية اندماجه فى جماعة الأسرة. راجع على سبيل المثال: ٤و ١٢و ١٣ المشار إليهم عاليه.

٧) راجع:
Cortes, Rosalia, 1993. El mercado de trabajo urbano en los ochenta. In: Trabajo y familia en un contexto de crisis: las nuevas responsabilidades de las mujeres en el Gran Buenos Aires. Rosa N Geldstein (ed). CENEP, Buenos Aires. (Informe final de investigacion, version preliminar).

٨) المقصود بمصطلح "المسئول الاقتصادى الاساسى" الشخص الذى يشكل دخله ا لشخصى غالبية الدخل الكلى للأسرة. راجع:
Geldstein, Rosa N, 1994. Los roles de genero en la crisis. Mujeres como sosten economico del hogar. CENEP y UNICEF, Buenos Aires. Cuaderno del CENEP No 50.

٩) إننى، فى هذه الورقة البحثية، استخدم مصطلحى "العائلة" family و "الأسرة" (household) بنفس المعنى، وذلك للإشارة إلى جماعة من الناس يعيشون تحت سطح واحد، ويشتركون فى الدخل، ويرتبطون بروابط القرابة. والمعلومات الإحصائية الواردة بشأن الأسر تستبعد أولئك الذين يعيشون بمفردهم، أو الجماعات التى تعيش مع بعضها ولكن لا تربطها علاقات القرابة.

١٠) راجع:
Geldstein, Rosa N and Delpino. Nena, 1994. Mujeres como principal sosten economico del hogar. Boletin Informativo Techint. 227(Jan-Mar): 51-80.

المعلومات الإحصائية الواردة بهذه الورقة البحثية مستقاه، إن لم تشر إلى غير ذلك، من ج داول البيانات الواردة فى:
Encuesta Permanente de Hogares (a major household survey) of the Buenos Aires metropolitan area, carried out by INDEC.

١١) فى رايى أن مصطلح "الأسرة التى أعيد تكوينها" (reconsti-tuted family) هو الأكثر ملائمة لوصف ذلك النمط المتكر ر من تلك الأسر التى يدخل إليها شريك جديد ويندمج فيها بعد أن كانت تتكون فى الأساس من الأم وأطفالها.

١٢) راجع:
Kornblit, Analia, 1986. Familias ensambladas. In: Matrimonio y familia en la Argentina actual. Maria Lucrecia Rovaletti (ed).
Editorial Trieb, Coleccion Union Carbide, Buenos Aire

١٣) راجع:
Grosman, Cecilia and Mesterman, Silvia, 1989. Organizacion y estructura de la familia ensamblada: Sus aspectos psico-sociales y el ordenamiento legal. Derecho de Familia: Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia.2:29-51

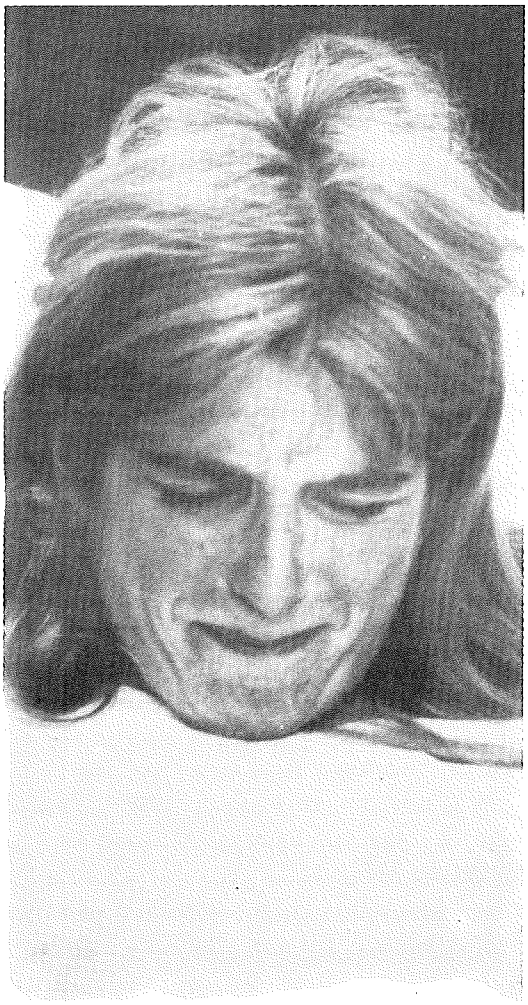
١٤) راجع:
Lic Cristina Barragan, personal communication.

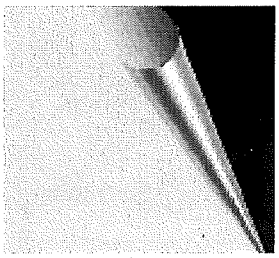
١٥) راجع:
Geldstein, Rosa N, Pantelides, Edith A and Infesta, Graciela, 1993. Imagenes de genero y conductas reproductivas de los adolescentes. Research final report. CENEP, Buenos Aires

١٦) لا يسمح المجال هنا لمناقشة معمقة للدور الأساسى لشبكات التضامن- الأسرة الممتدة، والجيران، وبرامج المعونة الاجتماعية، وما إلى ذلك- والتى تدعم استمرار أسر الطبقة العاملة. ولكن هذه الشبكات تمثل أهمية، راجع على سبيل المثال:
Feijoo, Maria del Carmen, 1993. Algunas hipotesis sobre cambios recientes de la familiaen Argentina.In
Cambios en el perfil de las familias.United Nations/CEPAL, LC/G. 1761-P. and Jelin, Eliza-

صفحة من التاريخ

ما وراء الحائط الأصفر





إن هذه الورقة البحثية التي قدمت لأول مرة في مؤتمر عقد عام ١٩٨٣، تتحدى الأسطورة القائلة بأن، الصحة هى نتاج العمل الطبي وأن عدم المساواة بين الرجل والمراة يمكن القضاء عليها بسهولة. فهى تحلل أوجه الاختلاف بين الصحة، والرعاية الصحية، والرعاية الطبية، وذلك في إطار "المراة والصحة" المرأة باعتبارها مقدمة ومستهلكة للرعاية الصحية. وبالاستعانة بالدروس المستفادة من قصة للكاتبة بيركينز جيلمان بعنوان "ورق الحائط الأصفر"، تحدد هذه الورقة البحثية وتناقش القضايا الثلاث الهامة غير المحلولة المتعلقة بالمرأة والصحة، وهى: الإنتاج، وإعادة الإنتاج، وإضفاء الطابع الطبي على الثمن النفسي الذي تدفعه المرأة نتيجة وضعها، في شكل المرض العقلي. وبعد ذلك، تدعو الورقة إلى الاعتراف بالصحة كمنتج اجتماعي وضرورة ان تقدم المرأة خبرتها الحقيقية،لأن هذه الخبرة تضيف لمفهوم صحة المراة. وأخيراً، توضح الورقة دور المرأة في العطاء الصحي، وذلك من خلال العملية الإنجابية، وتأمين رفاهية الأسرة كما تطرح أسباب اعتلال صحة المرأة في هذا السياق، وتدعو إلى عالم ينظر للنساء الداعيات إلى التغير نظرة جدية.

بقلم/ آن أوكلي

إن مجرد فكرة عقد مؤتمر حول "المرأة والصحة" تتحدى أسطورتين مركزيتين من أساطير العالم الصناعي في القرن العشرين. الأولى هى تلك التي تطرح أن الصحة هى نتاج العمل الطبي وأن الحالة الصحية للأفراد والمجتمعات تتحقق أساساً من خلال الجهود التي يبذلها أعضاء المهن الطبية: بمعنى علاج الأمراض والوقاية منها وتجنب الوفاة عن طريق الاستفادة من العلوم الطبية. أما الأسطورة الثانية، فتطرح أن عدم المساواة القائمة بين الرجل والمرأة ليست سوى مظاهر سطحية، ويمكن القضاء عليها من خلال البنية الفوقية للعلاقات الاجتماعية؛ كل ما نحتاج إليه هو عدد من القوانين الجيدة وبعض التغيرات الاجتماعية البسيطة، وعندئذ سوف يمكن لنساء التعامل مع الرجال بندية.

إن هاتين الأسطورتين تمثلان أفكاراً تنظيمية قوية فيما يشار إليه عموما برغم خطأ التعبير باعتباره "العالم المتقدم".

إن الأهمية الشديدة للأفكار الثقافية والسياسة الاجتماعية المرتبطة بالأسطوريتين التي تتحداهما جملة "المرأة والصحة"، إنما تضفي على هذا المؤتمر أهمية أكبر. فهو يمثل انتقال جذري لمنظمتين، إحداهما قومية والأخرى دولية، مهمومتان بقضايا الصحة،وذلك باتجاه: أولا إيلاء اهتمام جاد لدور المرأة في الرعاية الصحية، وثانيا الاشتباك المباشر مع الأطر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للصحة، وثالثا القيام بالأمرين في آن واحد.

المرأة والصحة، تساؤلات رئيسية

وقبل البدء في طرح التساؤلات الملحة ، نحتاج إلى تحديد الفروق الأساسية بين ثلاث مصطلحات: الصحة، والرعاية الصحية، والرعاية الطبية. وآخرها هو أسهلها من حيث التعريف: فالرعاية الطبية هى تلك المقدمة من المهنيين الطبيين بهدف العلاج من المرض او الوقاية منه. أما الرعاية الصحية فهى لاتقدم من جانب العاملين بالمهن الطبية، وإنما هى نشاط لمجموعات غير طبية وغير مهنية، بل وحتى للأفراد أنفسهم. أما مصطلح الصحة فهو أكثر المصطلحات الثلاثة تعقيداً، ولاعلاقة له بالضرورة بالرعاية الصحية أو الرعاية الطبية، وهنا فإنني أشير بطبيعة الحال إلى تلك الأدلة الجوهرية التي توضح أن التغيرات في مجال الرعاية الطبية. وعلى الرغم من أن هذا النوع من الأدلة محدود بنوع المؤشرات الصحية المختارة (طالما أن المؤشر الصحي الذي عادة ما يجري استخدامه هو الوفاة وهو الأمر الغريب عند التفكير فيه)، يجب أن يتضمن التعريف أن الصحة تتطلب، أو تستحيل بدون قاعدة أخلاقية تحكم العلاقات الاجتماعية.

ويرجع السبب في أننا نحتاج إلى مؤتمر حول "المرأة والصحة" إلى أن المرأة من الناحية الأخرى هى المقدم الرئيسي للصحة والرعاية الصحية، كما أنها أيضاً المستخدم الرئيسي للخدمات الصحية والطبية. وهو أمر يتناقض مع الرسالة الثقافية المهيمنة. التي تقول أن الأطباء، وليس النساء، هم الذين يؤمنون الصحة وأن الرجال، وليس النساء، هم الجنس الأكثر عرضة للتأثر بيولوجياً، وفي ظل معدلات للوفيات والمرضى الرجال يزيد عن المعدلات الخاصة بالنساء من المهد إلى اللحد [1] وهو ما يعكس وجود مفارقة فعلية في علاقة المرأة بالصحة والرعاية الصحية تحتاج إلى جهد لاستكشافها.

المرأة كمقدم للصحة والرعاية الصحية والرعاية الطبية

يتسم دور المرأة كمقدمة للصحة والرعاية الصحية بأهمية كبيرة في تقسيم العمل. ففي حياتها المنزلية، تعمل على توفير الرعاية الصحية عن طريق تلبية الحاجات المادية لمن تعيش معهم. فهى تعد الطعام، وتتخلص من فضلات الوجبات، وتنظف المنزل، وتقوم بالمشتريات الخاصة، وتغسل الملابس وتصلحها، كما تعطي رعاية خاصة للصغار والمسنين والمرضى، أو الذين لا يوجد لديهم وقت نظراً لانشغالهم- كي يعنوا باحتياجاتهم المادية. إن هذه الأنشطة معروفة باسم العمل المنزلي، وهو مصطلح غريب إلى حد ما، لأن أغلب هذه الأعمال لا علاقة لها بالمنزل، بل ترتبط إلى حد كبير بالحفاظ على صحة وحيوية الأفراد. وبالمصادفة، وربما ليس مصادفة محضة يهتم صناع السياسة بدرجة كبيرة بكيفية وصف هذه الأعمال التي تقوم بها للمرأة من اجل النهوض بالصحة، وغالباً من منظور أيديولوجي يعزي للمرأة طبيعة أنثوية مغايرة يفضل البعض أن يعتبرها عملاً غير مدفوع الأجر.

إن تسمية العمل الصحي للأسرة الذي تقوم به المرأة باسم "العمل المنزلي" يعني تجاهل جانب شديد الأهمية من جوانب التقسيم المنزلي للعمل، وهو دور المرأة كمدير أساسي للعلاقات الشخصية سواء داخل الأسرة أو خارجها. إن الدعم العاطفي يرتقي بالصحة: هناك دلائل كثيرة تفيد بان وجود العلاقات الاجتماعية للفرد أو غيابها لها تأثير هام وحاسم على الوظائف البدنية والعقلية. إن المرأة باعتبارها الفرد الذي يعمل من أجل رفاهية الأسرة كأم، وحماة، وزوجة، وشقيقة،وابنة، أو حتى كجارة تعمل على

رعاية العلاقات الشخصية.

وعلى الرغم من التنمية الاقتصادية الصناعية ففي إطار العمل/ المنزلي عادة ما يتم التعامل مع العلاقات الشخصية باعتبارها "الأسرة" ومع النساء باعتبارهن مسئولات عن هذه العلاقات. إن "الأسرة" ونعني الأسرة النووية التي تضم الوالدين والأطفال، وما يستتبع ذلك من تقسيم للعمل داخلها- قد أصبحت النموذج الخاصة بكافة العلاقات بين الجنسين وبتقسيم كل أنواع العمل.

وفيما قبل المجتمع الصناعي الحالي كانت الرعاية الصحية التي تقدمها المرأة تمتد لما يتجاوز البيت وصولاً إلى المجتمع المحلي. وكانت النساء معترف بهن باعتبارهن المعالجات الأساسية لغالبية السكان، ومن ثم جاءت مصطلحات مثل: "المرأة الحكيمة"، السيدة العجوز المجربة"، ومن هنا أيضا جاء الدور التقليدي للقابلات اللاتي يمتلكن مجموعة من المهارات لم تأت من التدريب الرسمي وإنما من خلال التجربة العملية الشخصية. ومع التقدم المتحقق في مهنة الطب، اعتبرت كثير من أنشطة المرأة التقليدية في مجال العلاج تمثل خطورة على الصحة، وغير قانونية. وبطبيعة الحال، لم يؤد ذلك بالضرورة إلى توقف هذه الأنشطة، طالما أن المرأة من حسن الحظ- كانت تمتلك في الأغلب قوة كافية لمقاومة فرض سلطة الدولة. ونتيجة لأن الثقافة التحتية المتعلقة بدور المرأة والقابلات العلاجي لم يتم القضاء عليها تماماً من خلال كراهية الدولة والمهن الطبية للنساء، فإنا نجد من خلال مشروع بحث تابع لمنظمة الصحة العالمية- أن هناك "خدمات بديلة" لصحة الأم والطفل في أغلب البلدان- وهو ما يمثل انبعاث التقاليد القديمة في ظل المشاكل التي لم تحل بعد،والناتجة عن مفهوم أن الصحة هى منتج طبي.[٢] وحتى في إطار الأنظمة الرسمية للرعاية الصحية، تظل المرأة تمثل أهمية كبرى كمقدم للرعاية. وإذا ما أخذنا بريطانيا كمثال، نجد أن حوالي ثلاثة أرباع العاملين في الخدمات الصحية القومية من النساء. ورغم ذلك فإن ٢٠٪فقط من الأطباء البريطانيين من النساء: هناك تقسيم للعمل على أساس نوع الجنس في المهن المرتبطة بالرعاية الصحية، كما هو الحال في كل مجال آخر من مجالات الحياة الاجتماعية. إن النساء العاملات كطبيبات أو قابلات أو ممرضات في بريطانيا، كما هو الحال في غالبية ما يطلق عليه البلدان المتقدمة، يتركزن في المستويات المنخفضة في مجال الرعاية الصحية. وعلى سبيل المثال، بينما نجد حوالي ١١٪ فقط من العاملين في مجال التمريض بالمستشفيات البريطانية من الرجال، فإن ٢٣٪ من الوظائف العليا في إطار مجال التمريض بالمستشفيات يحتلها الرجال.[٣] وعندما ننظر إلى التقسيم على أساس نوع الجنس في التخصصات الطبية، فمن غير المستغرب أن نجد أن النساء يتخصصن في المجالات الخاصة بالطفل، والأمراض العقلية، وعلم الأحياء المجهري ربما هو نوع من أنواع العمل المنزلي الذى يجري داخل إطار المستشفى؟. والتخدير.[٤] ولا يعكس هذا النمط مجرد الاختيار، إذ أن البحوث في المهن الطبية قد كشفت عن عدم وجود رضا بشأن فرص العمل القائمة المتاحة بين الطبيبات أكثر من بين الأطباء.[٥] إن النساء كأفراد يمكن أن يناضلن ضد هذا النموذج الشائع، ولكن هناك ضرورة لوجود جهود جماعية من أجل تغيير هذا الوضع.

وهنا يوجد العديد من القضايا الهامة حول الدور المستقبلي للمرأة كموفر للرعاية الصحية والرعاية الطبية. وهناك قضيتان تستحقان اهتماماً خاصا، وهما: أولا، صحة الأسرة والعمل الذى تقوم به المرأة من أجل تحقيق الرفاهية، وثانيا، القابلات، ودور النساء في إدارة شئون ولادة الأطفال. وهاتان القضيتان تمثلان المجالات التى تتعرض خلالها حقوق المرأة لتهديد على نحو خاص. ففي مجال رفاهية الأسرة ورغم الاعتراف بحقوق النساء كأفراد في بعض البلدان إلا أن ذلك لم يقلص من إلقاء تبعة ما يسمى "العمل النابع عن الحب" على عاتق المرأة في النظام الأخلاقي والاقتصادي السائد. وفيما يتعلق بعملية التوليد وعلى الرغم من أن غالبية أطفال العالم مازالوا يولدون على أيدي القابلات، فإن النمو التكنولوجي الحديث لصناعة التوليد قد قلص الدور المستقل لهن وسوف يؤدي بطبيعة الحال إلى انقراض هذا الدور تماما في المستقبل. أما بالنسبة للنساء كفئة، فإنني اعتقد أن هذا الأمر يمثل ما يزيد عن كونه تطورا تراجعيا هامشيا، طالما أنه - إذا ما سمح له بالأستمرار دونما إعاقة - سوف يؤدي إلى ابتلاع البنية الطبية الذكورية، للأمومة، وإلى ظهور تعريفات للصحة تختلف عن تلك التى تؤمن بها الأمهات أنفسهن.

المرأة كمستخدم للرعاية الصحية والطبية

ورق الحائط الأصفر: الواقع والخيال:

وقبل الانتقال إلى بعض من القضايا الهامة التى يجدر تناولها في مجال استخدام المرأة للخدمات الصحية، أود أن أعود بالزمن إلى الوراء، إلى قصة كتبتها منذ ما يقرب من

مائة عام الكاتبة النسوية الأمريكية كارولين بيركيتر جيلمان. والقصة بعنوان " ورق الحائط الأصفر"[٦] ، وهي توضح الاستمرارية التاريخية الثقافية التى تسم المشكلات غير المحلولة في مجال المرأة والصحة. وتلقي القصة أيضا الضوء على ثلاث من هذه المشكلات المركزية - المشكلات المتعلقة بالإنتاج، وإعادة الإنتاج، وإضفاء الطابع الطبي - في شكل أمراض عقلية. على الثمن النفسي لوضع المرأة".

وتقوم قصة" ورق الحائط الأصفر" بوصف ثلاثة شهور من حياة امرأة من نساء إنجلترا الجديدة، ويقدم هذا الوصف زوجها، وهو طبيب، ويوضح ما عانته زوجته من اكتئاب عصبي بعد ولادة طفلها الأول. يقوم الطبيب باستئجار منزل لفترة الصيف، ويخصص لزوجته سريرا في غرفة كبيرة بالطابق الأعلى، مغطاة بورق حائط لونه أصفر. يقرر الطبيب لزوجته ضرورة التزام الراحة التامة ويمنعها تماما من القيام بأي عمل من أعمال الكتابة، وهي مهنتها المختارة. وتصف القصة تطور مشاعر الفرد المقعد المحبوس في هذه الغرفة، وهو ما يمثل في نفس الوقت (واعتمادا على كيفية النظر إلى المسألة) الهروب إلى الجنون واكتشاف خطورة سلامة العقل. لقد أخذ الورق الأصفر يتسلط بتزايد على تفكير المرأة، فنظرا لأنها محرومة من أي صحبة ومن ممارسة أي نشاط فكري، لم يكن لديها أي شئ تفعله سوى النظر إلى الحائط. وأخيرا أصبحت مقتنعة أن هناك امرأة موجودة خلف ورق الحائط الأصفر تنتظر الخروج، امرأة تجوب أنحاء المنزل والحديقة مع ضوء القمر عندما يكون من الصعب على أي شخص أن يراها. وهكذا، ففي اليوم الأخير لهم في المنزل، وفي حالة من حالات الجنون، تقوم بنزع الورق عن الحائط حتى تتيح للمرأة الأخرى الخروج، وتحررها من سجنها. ويأتي الزوج إلى المنزل، ويكتشف ما فعلته زوجته ويصاب بإغماء من جراء الصدمة. وهو رد فعل لا يليق بطبيب. وهنا تنتهي القصة.

وهكذا تقدم لنا قصة" ورق الحائط الأصفر" الدروس الأخلاقية التالية: لا تضع امرأة مصابة بالاكتئاب بمرحلة ما بعد الولادة في حالة حبس انفرادي، وعليك أن تتجنب ورق الحائط الأصفر قدر الإمكان! وفي الواقع فإنني أعتقد أن القيمة الأخلاقية الحقيقة يوجزها لنا القول المأثور للكاتبة تيلي أولسن: "امرأة تكتب هي مناضلة من أجل الحياة"[٧]، وهو القول الذى يمكن ترجمته في لغة الحياة اليومية بمعنى أن الأمر الجيد بالنسبة لصحة المرأة هو انغماسها في الانتاج بنشاط، وانغماسها في - وليس ابتعادها عن - المجتمع. وبقصة " ورق الحائط الأصفر" نجد رسالة أخرى حول الإنجاب. إنها رسالة مركبة يمكن تبيانها على النحو التالي: إن الحمل - وهو المساهمة البيولوجية والاجتماعية الخاصة للمرأة - يمكن أن يمثل مصدرا للضعف أو للقوة. ويعتمد ذلك على السياق الاجتماعي والطبي الذى يحدث خلاله الحمل والولادة وتربية الطفل أكثر من اعتماده على المرأة ذاتها. ولكنني أعتقد أن أكثر الرسائل عمقا في قصة" ورق الحائط الأصفر" (تذكر أنها كتبت منذ ما يقرب من مائة عام) هي تلك الرسالة المتعلقة بذلك الطابع الفردي

الذى يسم دائما مشكلات المرأة: إنها تلك المرأة الفردية التى تعاني من المشكلة؛ وحتى إذا ما كانت هناك العديد من النساء المنفردات يعانين من ذات المشكلة، فإن التفسير القائل بوجود خلل نفسي وليس خلل في البنية الاجتماعية هو التفسير الأكثر تفضيلا ". وهنا نحن لا نقف في مواجهة النزعة الفردية فحسب، وإنما أيضا النزعة الطبية. إن إضفاء الطابع الطبي على التعاسة باعتبارها اكتئاب يعد واحدا من كوارث القرن العشرين الكبرى، كما أنه يمثل كارثة كانت وما تزال ذات تأثير قوي على المرأة.

بعد صدور قصة " ورق ا لحائط الأصفر"، قامت جيلمان بنشر كلمة حول القصة اعترفت فيها بأن القصة مستوحاة بشكل مباشر من تجربتها الخاصة.(٨) قالت أنها تزوجت في سن ٢٧ سنة وبعد أن أصبحت أما لطفل عمره عامين شعرت بإحساس بعدم السعادة لفترة من الوقت، ولذا فقد ذهبت عام ١٨٨٧ إلى طبيب مرموق متخصص في الأمراض العصبية، والذي أشار عليها بالبقاء في السرير ورسم لها قدرا مماثلا لقدر المرأة في القصة. لقد أخبرها هذا الرجل المرموق بألا تمسك بأي قلم أو فرشاة أو قلم رصاص مرة أخرى طوال حياتها. ولقد استمعت إلى نصيحته لمدة ثلاثة شهور، وشعرت بعدها بأنها ليست في حالة عقلية سليمة على الطلاق. وبمساعدة إحدى صديقاتها، استطاعت أن تترك زوجها وتنتقل إلى كاليفورنيا حيث بنت لنفسها طريقا في مجال الكتابة. وقد أرسلت نسخة من كتاب " ورق الحائط الأصفر" إلى ذلك الطبيب المتخصص. وعلى الرغم من أنه لم يرسل لها ما يفيد استلامه للكتاب، فقد علمت بعد مرور سنوات أنه قال علانية أنه لم يكتف بقراءة القصة، بل قام أيضا بتغيير أسلوبه في علاج الاكتئاب العصبي عند النساء. وأعتقد أن هناك ما يبرر لنا أن نخلص إلى وجود شئ جوهري حقيقي في التجربة الشخصية، وأن المرأة من خلال منظورها للصحة والمرض. يمكن أن تتحدى وجهات النظر الأخرى المستقرة وتساهم في تغييرها.

المرأة والإنتاج

القضية الأولى من بين القضايا الثلاث الملحة التى أشرت إليها سابقا تحت عنوان المرأة والخدمات الصحية هي قضية الدور الاقتصادي للمرأة ومشاركتها في الإنتاج.

وعندما نناقش مسألة عمالة المرأ ة، نشعر بأننا وقعنا في نقاش دائري يتسم بأبديته: هل عمالة المرأة تعتبر شيئا جيدا أم سيئا؛ هل ينبغي أن تعمل المرأة / الزوجة/ الأم أم لا تعمل؟ ما هو أثر العمل على الصحة سواء بدنيا أو عقليا، أو ما هو أثر صحة المرأة ومرضها على العمل؟ لا يمكن تقديم إجابات عامة لهذه التساؤلات. ولكن يمكننا بسهولة أن نلاحظ بعض الملامح الهامة حول عمالة المرأة. ووفقا لتقرير هيئة الأمم المتحدة الذى عادة ما يجري الاقتباس منه، فإن المرأة تقوم بأداء ثلثي ساعات العمل بالعالم، وتحصل على عشر الدخل العالمي، وتمتلك أقل من واحد على مائة من الملكية في العالم ولنا أن نتخيل: هل يمكن أن تكون أي عمل ماجور تقوم به النساء أكثر ظلما؟ ونجد في البلدان المتخلفة أن الواقع الذى يقبع وراء الأسطورة القائلة بأن الذكر الصياد - المانح كان دائما يتعلق بالمرأة الصياد - الجامع، هو أنها تدعم أسرتها من خلال عملها الزراعي المستقل. وما أن بدأت عملية تطوير التصنيع الحضري، يبدو أ ن ما حدث هو أن المرأة ظلت محبوسة في داخل اقتصاد الإعاشة، بينما أصبح الرجل منخرطا في الاقتصاد المالي بالمدن، ومن هنا أخذ الطريق في الانحدار، وظهرت القاعدة التى تقول بأن عمل المرأة لا يمثل قيمة كبيرة.(٩) ونجد في البلدان الصناعية اليوم أن النساء يكسبن حوالي ٣٠ - ٤٠٪ أقل مما يكسبه الرجل، وهو الأمر الذى لا يهم كثيرا من زاوية ما إذا كان البلد رأسمالي أو اشتراكي الطابع - إن نفس نوع الفجوة في مجال الكسب قائمة.(١٠) ويرجع ذلك إلى أن غالبية الهياكل السياسية تتجاهل سياسات عدم التمييز بين الجنسين، أو تميل إلى تملق فكرة المساواة بين الجنسين عن طريق إمرار بعض القوانين الضعيفة التى تشير إلى عدم قانونية بعض أشكال معينة من التمييز الجنسي، أو تحض المرأة، المثقلة بالفعل بالعمل المنزلي، على الدخول إلى قوة العمل المأجور ، وذلك لما فيه خيرها، هذا في حين أنها لا تتحدث بالفعل عن خير المرأة على الإطلاق.

إن المفارقة التى تتمثل في قيام المرأة بالعمل أكثر من الرجل في حين تكسب أقل منه تأتي من المعنى المزدوج للعمل بالنسبة للمرأة: العمل داخل المنزل لتوفير الرعاية والحب، والعمل خارج المنزل من أجل المال؛ بمعنى الحفاظ على صحة الأسرة من خلال العمل المنزلي، أيضا وعن طريق الحصول على مرتب. ونجد في بريطانيا، وغيرها من البلدان الصناعية، أن الأمر يتطلب وجود دخلين من أجل الحفاظ على الأسرة في نفس المستوى المعيشي الذى كان يوفره دخل واحد من ٢٠ سنة (١١)، كما أن دخل الكثير من النساء العاملات يمثل مورد الرزق الوحيد لأطفالهن أو لآبائهن كبار السن. وفكرة أن غالبية النساء المتزوجات يعملن للحصول على مصروف جيب أو لمجرد الفرار من مساوئ عبودية المنزل هي فكرة لم ترتكز أبدا على أسس حقيقية.

إنها أسطورة تكمن جذورها في التمييز على أساس الذكورة والأنوثة في مجال العلوم الاجتماعية في مرحلة ما بعد الحرب، حيث وجد الباحثون ما أراد المزاج المهيمن للثقافة أن يجدوه، وتحديدا القبول المتجانس الواضح لنموذج عدم المساواة في الحياة الأسرية. إن فكرة كسب رزق الأسرة عن طريق الرجل، مع وجود دخل المرأة كرفاهية زائدة، ما تزال تمثل أساس ضرائب كثير من البلدان، فضلا عن نظم التأمين القومي والاجتماعي - على الرغم من أن هذه الأمور كانت ترتكز على النظرة غير الحقيقة التى تنظر بها الطبقة الوسطى للعالم. وعلاوة على ذلك، فإن الاجور التى تدخل للأسرة تفترض مسبقا تقسيما متساويا للدخل دخل الأسرة. ولكن الواقع يقول أن الدخل نادرا ما يجري تقسيمه على نحو يتيح للمرأة أن تحصل على نصيبها الواجب (١٢).

إن العلاقة بين تقسيم العمل داخل الأسرة وتقسيم العمل خارجها قد أججت من النقاش النظري. ماذا يقبع خلف ماذا ويتسبب فيه، وهل هو دور المرأة في الإنتاج داخل الاقتصاد الرأسمالي الذى يحكم علها بذلك الوضع الذى يتسم نسبيا بعدم وجود ميزات، أو أنه دورها في العملية الإنجابية داخل الأسرة الأبوية هو الذى يفسر هذا التمييز المستمر؟ إننا نرى في كل مكان العلاقة المتداخلة بين نوعي التق س يم للعمل. يؤدي هذا لمحاولات مستمرة لإستنباط حلول وهمية ولا نجد أفضل من الحل الخاص بالعمل لبعض الوقت، التى قدمته عالمة الاجتماع الأمريكية أليس روسي منذ عدة سنوات، باعتباره الدواء الشافي لمشكلات الوضع الاجتماعي المتدني للمرأة. إن الوظيفة التى تشغلها المرأة لبعض الوقت تضفي طابعا فرديا على المشكلة، حيث توفر حالة من التحرر الشخصي في حين تؤدي في واقع الأمر إلى مزيد من الاستغلال. ففي بريطانيا، نجد أن حوالي ٤٠٪من النساء العاملات يعملن في وظائف لبعض الوقت - وهي النسبة التى تمثل زيادة ٢٨٪ عن عام ١٩٥٦، إن العمل لبعض الوقت يلعب دورا كبيرا في الوضع المتدني لعمل المرأة وما تحصل عليه من أجر منخفض. ولا تتركز النساء فحسب بأعداد صغيرة في الوظائف، وإنما أيضا في الوظائف التى يحصل فيها الرجال والنساء على أجور منخفضة، إضافة إلى شمولها برعاية نقابية ضئيلة وبأجر ضئيل، وهو ما يعد" الحل" الذى أخذت تختاره أعداد كبيرة من النساء، وعادة ما يتم في ظل ظروف غير صحية.

إن الوظيفة مدفوعة الأجر قد لا تعني تحقيق التحرر، ولكنها في العالم الحديث تعد أساسا هاما للكرامة الذاتية واحترام الذات. كما أن المال الناجم عن هذه الوظيفة يمثل أهمية؛ ويصدق نفس القول أيضا على نوع الانخراط في العلاقات الاجتماعية الذى توفره هذه الوظيفة. هذا هو الجانب الإيجابي الذى نستقي البيانات المؤيدة له من مختلف الدراسات حول. أسباب المرض في العمل، وحول العوامل الاجتماعية وراء الاكتئاب والضغوط الوظيفية. أما على الجانب السلبي، هناك اقتراح جيد، وإن كان غير مثبت بعد، يقول بأن المرأة إذا ما تبنت نماذج التوظيف الذكورية فإنها سوف تفقد الأفضلية التى لديها على الرجل في مجال فترة العمر المتوقعة والإصابة بمرض السرطان والوفيات الناجمة عن أمراض القلب - وهو نوع من الجزاء الأخلاقي للتحرر، وإعادة صياغة للفكرة الفيكتورية القديمة القائلة بأن الله سوف يعاقب أي امرأة تبعد عن سمات جنسها، وذلك بأن تقوم بعمل أي شئ بخلاف الجلوس أو الاستلقاء، وعقلها فارغ وعلى وجهها ابتسامة.

وبطبيعة الحال، ليس لدينا أي فكرة عما يمكن أن يحدث للرجل إذا ما تولى الاضطلاع بالعبء النمطي المزدوج الواقع على كاهل المرأة، والذي يتمثل في عملها المنزلي غير مدفوع الأجر وعملها غير المنزلي الذى تتقاضى عنه أجرا زهيدا. ربما في هذه الحالة تقل وفيات الرجال، أو ربما يعانون صحيا نظرا لعدم تأقلمهم مع هذا الدور. ونظرا لأن الحوادث تمثل السبب الرئيسي للوفيات بين الشباب ومتوسطي العمر، يمكن القول بأن الرجال إذا ما ابتلو بما تبتلى به النساء فسوف يحدث تحول أكيد في أسباب الوفاة. إن ذلك يعد انعكاسا لما تشتمل عليه الثقافة من نظرة تجعل من العمل المنزلي عملا تافها. وعندما نفكر في الحوادث المميتة فإن فكرنا يتجه بشكل تقليدي إلى تصادمات الطرق السريعة هذا في حين أن المطبخ - الذى يبدو أنه أكثر الأماكن أمنا - هو المكان الذى ينبغي أن يتبادر إلى الذهن، إنه المكان الذى ينبغي علينا جميعا أن نتجنبه إذا ما كنا غير راغبين في الوفاة في حادث.

ومن بين الآثار القاسية للعمل المنزلي والتي تسبب آلاما مزمنة، أن التداخل بين العمل المنزلي والحياة الأسرية قد أدى إلى التقليل من قيمة ما يحدث في المنزل من أجل تشكيل الأحداث الكبرى مثل الحياة والموت والأحداث العامة؛ إنها ببساطة ليست نفس الحالة عندما تدور الأحداث والعمليات التاريخية في ميدان الحياة؛ العامة؛هذه الحقيقة البديلة يتم إدراكها ضمنيا عن طريق الإنشغال الشديد للنزعة الأبوية الذى تنامي عبر المائة سنة الأخيرة، بشأن أثر الأم على صحة الأطفال. لقد تحملت المرأة مسئولية كل شئ سيئ و كل شئ جيد يتعلق بالأطفال، إنه تأكيد لقوة المرأة التي خلق الرجل احتجاج حولها. وكما تؤثر الأم في الأطفال، فإنها تؤثر أيضا في الكبار بأسلوب يجعل

من المرأة مسئولة عن كل توافق مع، أو انحراف عن، الأعراف التقليدية من الشذوذ الجنسي إلى الشيزوفرينيا؟ المرأة مسؤولة عن الخامة الرئيسية التى تشكل الرجال من قادة يوركشاير إلى رؤساء أمريكا، إلى قداسة البابا - نعم، حتى البابا لديه أما. إن هذا التثبيت الثقافي على قدرة المرأة على صيانة صحة الأطفال لم يرافقه أي درجة من درجات الاهتمام بأثر الأطفال على صحة المرأة. وبطبيعة الحال، فإن الأسئلة الثلاثة - حول أهمية العمل التربوي لصحة المرأة، أهمية الأمومة بالنسبة لصحة المرأة، وأهمية الزواج لصحة المرأة - تعد أسئلة أساسية لا يمكننا إلا أن نقدم بشأنها إجابات جزئية حيث استعصت هذه الأسئلة على البحث الجاد لفترات طويلة.

المرأة والإنجاب

إن موقع الحمل في حياة المرأة كان موضوعا للنقاش بين النسويات - مثله مثل المزاعم التى تطرحها هياكل السيطرة الأبوية والرأسمالية. ومن الصعب الإجابة على سؤال ما إذا كان الحمل جيدا أم سيئا لصحة المرأة؛ دون إيلاء الانتباه الواجب إلى السياق التاريخي المحدد الذي يحدث فيه؛ فمن الصعب الحديث عن الأمومة في أوروبا أو أمريكا الشمالية منذ خمسين عاما أو في العالم الثالث اليوم، حيث وفيات الأمهات الناجمة عن الحمل كانت وما تزال في العالم الثالث وفاة لكل ٢٥٠ ولادة وأن يقارن ذلك بسياق تندر فيه وفيات الأمهات في عصور أخرى ودول أخرى . ونادرا ما نسمع أن العلماء في مجال علم الأوبئة يغمغمون بأن عليهم أن يجدوا وسائل أخرى غير إحصاء الوفيات من أجل قياس الحالة الصحية. ومع كل، فعند الحديث عن المخاطر التي تواجه الصحة البدنية واستمرار الحمل وإنجاب الأطفال، ينبغي علينا أن نتذكر دور الإجهاض، ووسائل منع الحمل، وعملية التعقيم. إن هذه الجوانب قد تجعل عملية الولادة أكثر أمانا، ولكنها تحمل مخاطر متعلقة بها قد تؤدي إلى الوفاة، وهو الأمر الذي يجدر حسابه حتى يمكن الحصول على صورة كاملة بشأن تأثير العملية الإنجابية على صحة المرأة.(١٣)

إن محاولة الإنجاب أو محاول منعه تجعل المرأة أكثر مراضة من الرجل من زاوية استخدام المستشفى وغيرها من الخدمات الطبية.ولكن السؤال الذي يثار هنا يتعلق بما إذا كانت عملية الحمل ذاتها تقع في إطار القواعد الطبية، و هل يسبب الحل أو الإنجاب مراضة حقيقية ؟ وبإيجاز، فكر أن تجري معاملة الإنجاب باعتباره مرضا، وهل هى فكرة جيدة؟ ولنأخذ الجزء الثا ني من السؤال أولا: مما لا شك فيه أن نهوض الرعاية الطبية الحديثة في مجال أمراض النساء قد صاحبها هبوط في وفيات الأمهات الحوامل، ولكن (كما هى العادة في مثل هذه القضايا) هناك أدلة قليلة يمكن أن نعلق عليها الاعتقاد القائل بأن الرعاية الطبية للأم هى السبب وراء ذلك. لقد أثيرت هذه النقطة، منذ عدة سنوات، عن طريق عالم بريطاني في مجال الأوبئة، حيث لاحظ أنه بينما انخفضت معدلات الوفيات في مرحلة ما قبل الولادة مع ارتفاع نسبة حالات الولادة في المستشفيات، فإنه يمكن تقديم الأرقام بصورة بديلة لتوضيح أن عملية الولادة تصبح اكثر أمانا كلما قلت الفترة التي تمضيها الأم في المستشفى بعد الولادة(١٤) .

وتصل نسبة الإشراف الطبي أثناء الحمل وعند الولادة إلى ١٠٠٪ في غالبية الدول الصناعية اليوم- بمعنى أن كافة النساء يحصلن على رعاية في فترة ما قبل الولادة، وعلاوة على ذلك تفضل غالبية النسوة إجراء الولادة بالمستشفى. كما ارتفع معدل التدخل الطبي في علمية الولادة عبر العشرين سنة الأخيرة. ونجد في بعض البلدان الأوروبية أن معدل الولادة القيصرية يزيد عن ٢٠٪ الآن. كما أن الدلائل على فوائد الأدوات التكنولوجية الفردية في مجال أمراض النساء- مثل المسح بالموجات فوق الصوتية، وبعض الاختبارات بالأشعة في مرحلة ما قبل الولادة، والولادة القيصرية... وغير ذلك- ما تزال ملتبسة، وهناك عامل ليس له تفسير يتعلق بالسياسات التكنولوجية في مجال أمراض النساء، ويكمن في التنوع الضخم القائم بين البلدان، وبين المناطق داخل البلدان، وحتى بين المستشفيات والممارسين الأفراد داخل نفس المنطقة . إن هذا التنوع يعد أكبر كثيرا من أي تنوع "بيولوجي" بين مختلف النساء اللاتي لديهن أطفال رضع.

وربما تصعب علينا الإجابة من البيانات المتاحة عن الأسئلة الثلاثة التالية الخاصة بالإنجاب وصحة المرأة. يتحدد السؤال الأول على النحو التالي: ماذا كان يمكن أن يحدث لصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة إذا لم يكن التطور التكنولوجي في مجال أمراض النساء قد حدث؟ هل كان من الممكن أن تصبح الصحة أفضل مما هى عليه الآن؟ أما السؤال الثاني فهو كالتالي: ماذا يمكن أن يكون الأثر طويل المدى لهذا المستوى من الاستخدام العالي للتكنولوجيا على المرأة والأطفال؟ هناك بعض النتائج المترتبة على ذلك أن نشعر بها بالفعل: نجد، على سبيل المثال، أن المعدلات التي يسجلها قسم الولادة القيصرية ترتفع هندسيا، إذ أن ولادة قيصرية واحدة تصبح سببا لولادة قيصرية أخرى في الحمل التالي للمرأة. وبالنسبة للسؤال الثالث، والذي لا

يمكن الإجابة عليه بسهولة عبر مناشدة علم الأوبئة بشأن الولادة (حتى وإن كانت مناشدة لعلم أوبئة مناسب خاص بالولادة)، فهو يكمن في التالي: ماذا يقدم للمرأة التي تحمل أطفالها وتلدهم في إطار تلك البنية المغلقة من المراقبة الطبية؟ إنه ليصعب على المرأة الشعور بالسيطرة على جسدها ومصيرها خلال ١٦ رحلة إلى العيادة الخاصة بالرعاية في فترة ما قبل الولادة للخضوع للطقوس المرتبطة بالتعامل مع عدد من الأطباء على التعاقب، ولا يوجد أي منهم حاصل على تدريب خاص في فن الحديث إلى الوجوه، أو في علم معرفة التفاعل القائم بين العقل والجسد، والرابطة بين سلامة العقل وكفاءة عنق الرحم، أو بين الثقة الانفعالية وتناسق الرحم.

إن القضايا المطروحة هنا تتعلق بالسيطرة والمسئولية التي تظهر مرة أخرى وأخرى عندما ننظر إلى صحة المرأة. من الذي يسيطر على الأمور في هذه ا لعملية- إنجاب طفل، والإصابة بمرض وتحديد التوازن النسبي بين العمل المنزلي والعمل الوظيفي؟ من المسئول عن نتيجة أي اختيار، وهل هو اختيار بالفعل، في الوقت الحاضر لا نجد عادة النساء اللاتي يسيطرن على الأمور التي تؤثر على صحتهن. ولا يبرز هذا الموقف فقط من خلال إضفاء الطابع الطفولي على المرأة باعتبارها غير قادرة على تحمل مسئولية نفسها. وينظر على نحو خاص، للمرأة الحامل باعتبارها غير قادرة على اتخاذ القرارات المسئولة التي تتعلق بذاتها أو بجنينها. إن ما يدور حوله المؤتمر هو مقاومة الطابع المسيطر لصيغة الرعاية الصحية، والتي تطرح عدم قدرة المرأة على الاضطلاع بمسئولية صحتها ومرضها. إنها بالطبع مفارقة، فعلى الرغم من أن حياة المرأة تدور برمتها حول توفير سبل الصحة للآخرين، باعتبارها مقدمة لخدمات الرعاية الصحية الأساسية، فإن العرف يقضي بأن المرأة ليست سوى مريضة تحتاج لمن يسير حياتها.

وإذا ما عُدنا إلى الأمومة، نجد هذه المفارقة قائمة بدرجة كبيرة. إن المرأة كأم تكتشف أن التزام الدولة بضرورة الإنجاب عادة ما يكون التزاماً اسمياً فحسب. فعند إجراء أي مسح بين الأمهات للخدمات المساعدة لرعاية الطفل، نجد في كثير من الأحيان أن متطلباتهن تفوق ما هو مقدم بالفعل. كما أن الدراسات الميدانية التي تجري بشأن، تقسيم العمل في المنزل ليست مقنعة فيما يتعلق بقضية استعداد الرجال المشاركة في رعاية الأطفال، ففي حين يبدو أن الرجال يفعلون الكثير للأطفال، نجد أنهم قد اختاروا للجوانب الممتعة من رعاية الطفل، ونعني بذلك اللعب مع الأطفال الرضع مثلاً وليس تغيير حفاضاتهم، أو اللعب معهم حتى تتمكن الام من إعداد الطعام. وإذا كان المزيد من هذا النشاط من جانب الآباء يُعد جيداً من اجل الصحة، فيبقى السؤال مطروحاً: جيد لصحة من؟

إذن " يوجد هنا تناقض يكمن في قلب وضع المرأة: فمن ناحية المرأة لا تقدر على تحمل المسئولية، ومن ناحية أخرى تقع على عاتقها العديد من المسئوليات، المرأة لا تقدم على اتخاذ قرارات، وعليها أن تقوم باتخاذ كافة القرارات. إن النساء في المنزل، كأمهات، يتميزن بالقوة، ولكن الأمر ليس كذلك في الحياة العامة، إذ أن هناك دائماً علاقة بين القوة والمسئولية. لا يمكن أن تمنح قوة بدون أن تتحلى بالمسئولية،كما أن الاضطلاع بالمسئولية يحتاج للقوة " .

ولهذا، فمن الجوهري أن تقاوم النساء أي تشويه لمسئولياتهن سواء في مجال الصحة أو في مجال الرعاية الصحية.

إضفاء الطابع الطبي على أحزان المرأة

القضية الأخيرة من بين القضايا الثلاث التي استقيتها من قصة "ورق الحائط الأصفر" هى قضية إضفاء السمة الطبية على أحزان المرأة باعتبار أن الحزن يمثل مرضاً عقلياً.

فعلى الرغم من أن المرأة أكثر صحة من الرجل من الناحية البدنية، فإنهن يدفعن ثمن هذا التفوق من استقرارهن النفسي. أي بمعنى أنه إذا ما نظر المرء إلى دخول المستشفيات النفسية، وإلى الوصفات الخاصة بالعقاقير، لوجد أن المرأة مهيمنة في هذا المجال على الرجل. وقد توجد تحيزات خفية في البيانات، ومن هنا يمكن القول بأن الرجال التعساء أو المرضى العقليين يجدون الرعاية من جانب النساء في المنزل وليس العكس، و/أو أن السلوك الباحث عن المساعدة لدى النساء في مقابل نظيره لدى الرجال يقودهن إلى مزيد من الاستعداد للذهاب بتعاستهن إلى الطبيب. ومع كل، يبدو أن الرجال والنساء عندما يصابون بنفس الأعراض ويخبرون بها الطبيب الممارس العام، يكون الأكثر ترجيحاً أن يقدم الطبيب للنساء تشخيصاً نفسياً[١٥] إن مفتاح هذه القضية الغامضة يمكن أن نجده في دراسة لسلوكيات الأطباء تجاه المرضى أجريت في بلدنا هذا في أعوام السبعينيات لقد كان مطلوباً من الأطباء، خلال هذه الدراسة، أن يحددوا أنماط المرضى للذين يسببون لهم أقل المشاكل وأكثرها. وقد وجدت الدراسة أن نمط المريض الذي يسبب أقل قدر من المشاكل هو المريض الذكر الذكي والموظف والذي ينتمي للطبقة الوسطى، ويسهل علاج مرضه العضوي. أما المريض الذي

يسبب قدراً أكبر من المشاكل فهو المرأة، التي لا تعمل ومن الطبقة الفقيرة وتوصف باعتبارها "في حالة غير مناسبة"، وتشكو من أعراض المرض النفسي الذي يصعب أو يستحيل تشخيصه وعلاجه[١٦].

ومما سبق يمكن القول بأن التشخيص النفسي أو النفسي الزائف يجري طرحه عندما يصبح الرجل عاجز عن فهم المشكلات التي تعاني منها المرأة. فليس من قبيل المصادفة أن الموضوعين البيولوجيتين الأساسيين الذين يجعلا من المرأة مستغلقة على فهم الرجل وهما تحديداً: الدورة الشهرية والولادة- قد ولدتا تشخيصات نفسية مثل التوتر الذي يسبق الدورة الشهرية أو الاكتئاب الذي يلي الولادة. ونظرا لأن الدورة الشهرية والولادة يجعلان المرأة تشعر بالتعب فكافة النساء تعاني من الدورة الشهرية، و٩٠٪ منهن يحملن ويلدن- فإن كثيرات منا سيبقين غير قادرات على الفعل في بعض الفترات. إن ما ينسب إلى النساء من أنهن فئة تتسم بعدم الاستقرار العقلي يعد من قبيل المغالطة إلى حد كبير، طالما يؤدي إلى الشك في قدرتهن على تحمل المسئولية. وإذا تحدثنا من الناحية التاريخية، نجد أن نشأة هذه التشخيصات الخاصة بأحزان المرأة كانت تسير جنباً إلى جنب مع الإجحاف الثقافي المستمر ضد قدرة المرأة على تولي مسئولية المناصب العامة.

وبينما نجد أن المفاهيم الخاصة بالتوتر الذي يصاحب الدورة الشهرية والاكتئاب الذي يلي الولادة قد يكون لها معنى خاص في سياق الخطاب الطبي ومن زاوية الهياكل التي تؤثر على صحة المرأة، فإن بعض النسوة يعانيين بالفعل من مشكلات عند بداية الدورة ا لشهرية، والبعض الآخر يشعر بأحزان واكتئاب حقيقي بعد الولادة[١٧] . كيف ندرك صحة المشكلة من الناحية الذاتية دون أن نضعها في قوالب مصطلحية تحول دون التبصر السياسي؟ وكيف يمكن أن نسميها بطريقة لا تجعل اهتمامنا مستمراً بما تعنيه المشكلة فحسب، وإنما أيضاً بمسبباتها وما الذي يمكن القيام به لمنعها على المستوى الاجتماعي وليس الشخصي فحسب؟

الصحة باعتبارها منتجاً اجتماعياً

في مقال حول "المهن التي تمارسها المرأة"، صادر عام ١٩٣١[١٨]، قامت فيرجينيا وولف بوصف عقبتين وجدت أن هناك ضرورة للتغلب عليهما في إطار تعلم كيف يصبح الإنسان كاتباً. وعلى الرغم من أنها كانت تتحدث حول الكتابة، فإنني أعتقد أن ما قالته يمثل أهمية كبرى بالنسبة للمرأة. قامت وولف أولاً بوصف الشبح الذي كان عليها مصارعته في كتابتها. لقد اختارت له اسماً على غرار بطلة القصيدة المشهورة "الملاك في المنزل". كان الملاك في المنزل هو امرأة مثالية شديدة العاطفة، وجذابة إلى حد كبير، ومدجنة وغير أنانية على الإطلاق- وبإيجاز لم يكن لديها عقل أو رغبة خاصة بها. إن طيف المرأة كان يبرز من قلب كتابة وولف، يجردها من كل قواها،ويمنعها من كتابة ما كانت تريد كتابته. وتعترف كثير من النساء بأنهن يعانين من نفس المشكلة اليوم. فمن السهولة الاختباء خلف ذلك الدفاع المتمثل في الأنوثة وارتداء قناع الابتسام وحب الغير، لإخفاء رفضنا أن نأخذ أنفسنا بجدية. أما العقبة الثانية التي واجهت وولف فكانت تتعلق بشيء وثيق الصلة بهذا المؤتمر، ونعني مشكلة قول الحقيقة حول خبرة الجسد. إن وولف ككاتبة قصة كانت تشعر أنها لم تتغلب على هذه المشكلة، كما لم تتغلب عليها أيضا أي امرأة أخرى، وأن سلطة الرجل وتاريخه الذكوري كان يقف ضد قول مثل هذه الحقيقة.

إن الإقرار بأن الصحة تمثل منتجاً اجتماعياً هو المهمة الاولى التي تواجه المرأة، إننا نحتاج لقول الحقيقة بشأن خبراتنا الذاتية. إن خبراتنا الذاتية تحدد صحتنا، سواء وضعتنا هذه الخبرات أو لم تضعنا في تماس مباشر مع الرعاية الطبية المهنية، وسواء أكانت الرعاية الطبية المهنية أو لمن تكن قادرة على الإمداد بأي شكل من أشكال العلاج الذي يجعلنا نشعر بتحسن.

إن عدم قول الحقيقة بشأن خبراتنا إنما يماثل الكذب بشأن هذه الخبرات. والدلالات الاجتماعية للكذب، كما تذكرنا الكاتبة الأمريكية أدرين ريتش[١٩] ، تكمن في أنها تجعل العالم يبدو أكثر بساطة ولكنه أكثر كآبة عما هو عليه بالفعل. إن الكذب يسلب قيمة الشرف بين البشر وإمكانية النمو والتغير. إنه يدمر الثقة ويسيطر على التاريخ.

وهناك تحد آخر ينبع من قبول الصحة باعتبارها منتج اجتماعي، ويتمثل في أن المرأة تضطلع بدرجة أكبر من المسئولية بشأن صحتها وصنع القرار الخاص بالرعاية الصحية في المستقبل، حتى وإن كان ذلك يعني جزئياً إبعاد هذه المسئولية عن المهنيين الطبيين. إن هذا يحدث بالفعل، بشكل ما، مع نمو حركة المساعدة الذاتية في مجال الرعاية الصحية مع ما يكتنف هذه الحركة من بعض الاختلاط[٢٠].

الرعاية الصحية والاضطهاد

وأخيراً، أود أن أقول شيئاً يتعلق بمعنى أن يعترف نظام الرعاية الصحية بأن النساء لسن عر ضة للمعاناة من بقايا العلاقة الاجتماعية غير المتساوية مع الرجال بشكل بسيط

ولكنهن يشكلن في وقع الأمر مجموعة مضطهدة اجتماعياً.

إن غالبية نظم الرعاية الطبية الحديثة، الممولة من الدولة أو التأمين الخاص، لم تحقق نجاحاً في مجال توزيع الرعاية الطبية على قدم المساواة لكافة السكان. إن الاضطهاد على أساس الطبقة أو العرق أو الجنس يمثل حقيقة سياسية تؤثر على الصحة والمرض والرعاية الطبية. ومع كل، فإن اضطهاد المرأة يعد متفرداً بين أشكال الاضطهاد الثلاثة، فمن قلب الاضطهاد الواقع على المرأة نتيجة دورها في العلمية الإنجابية، ودورها كعاملة غير مدفوعة الأجر من اجل تحقيق رفاهية الأسرة، فضلا عما تقدمه للرجل وللأطفال من دعم عاطفي نجدها تقوم بوظيفتها كحارس لصحة الأمة . إن كافة هذه الأنشطة، والتي لا يمكن تمييزها عن حقيقة كوننا نساء في ثقافتنا، تغلف وتحمل بين طياتها أسباب اعتلال صحة المرأة. وعلى سبيل المثل، فإن نسبة عالية من المراضة لدى النساء تعتبر ناجمة عن علاقات جنسية وأنا لا أعني الاغتصاب وعنف الأزواج فحسب، وإنما أعني أيضاً بعض الأمراض مثل سرطان عنق الرحم، تلك الأمراض التي لا ترتبط فحسب بتاريخ المرأة الجنسي، وإنما ترتبط أيضاً بالميول الجنسية لدى الرجل الذي يعيش معها[٢١]. ولكنني أعود مرة أخرى إلى الشبح في "ملاك في المنزل". إن التبعية العاطفية والسياسية والمالية لدور المرأة في مجال تحقيق رفاهية الأسرة ربما يمثل عجزها عجزنا- الكبير اليوم- وكون المرأة تحمل مشاكل مجتمعنا غير المحلولة ا لخاصة بالتبعية في العلاقات الإنسانية-بمعنى كيف يمكن أن نحب بعضنا البعض دون أن يؤثر ذلك على الاستقلال الذاتي لكل فرد منا- كونها تحمل هذا المأزق الثقافي،فإنها لا تحظى بأي مساعدة لتفهم مصالحها الخاصة، ناهيك عن وضع هذه المصالح بعين الاعتبار.

عندما قلت أن الصحة تعتمد على أساس أخلاقي لعلاقات اجتماعية جيدة، فإنني كنت أعني أنها محاولة مستحلية من أجل النهوض بالصحة في مجتمع يتسم بوجود مجموعة اجتماعية تقع في موقع أدنى بالنسبة لمجموعة أخرى. إنها محاولة لبناء مجتمع صحي ارتكازا على علاقات إنسانية غير صحية، بل واستغلالية. أما ما إذا كان الاستغلال موجه ويتخذ طابعا أسطوريا باسم الحب- شبح "ملاك في المنزل" في مقال وولف- فهذه تمييع كامل للقضية. إن عادة التخلص من الأطفال الرضع الإناث اختفت في الثقافة المعاصرة، ومع ذلك فما يزال هناك جمل استعارية بشأن التخلص من المرأة. ومع استمرار التغاضي عن ذلك، لن يحدث أي تغير راديكالي. وفي نفس الوقت فإن عدم التغاضي عنه يعني مصارعة القضايا التي كنت أتناولها بالنقاش: إضفاء الطابع الطبي على أحزان المرأة، وإضفاء الطابع الفردي على مشكلات المرأة، وإضفاء الطابع الطفولي على المرأة. إن طفلا معزولا وغير سعيد لا يشكل تهديداً سياسيا لأي فرد كان. ولكن الطاقة السياسية لأي فرد بالغ وله نشاط اجتماعي ومستعد لقبول الصراع والتناقض كجزء من الحياة، يعمل لها حسابا لقوتها.

وربما تمثل هذه القضايا أهمية أكبر الآن عن ذي قبل. فالكساد الاقتصادي مع اقترانه بأزمة السيولة والثقة في الطب الغربي يجعل من "المرأة" و"الصحة" كلمتين أساسيتين. وجزء كبر مما حصلت عليه المرأة من مكاسب عبر تحررها، معرض للتهديد نتيجة للأقوال الجديدة بشأن دعم الأسرة، والحاجة إلى قيام المجتمع برعاية أولئك الذين لا يقدرون على رعاية أنفسهم (رعاية المجتمع بصورة أخرى عمل النساء!)، والحاجة إلى النظرة مرة أخرى إلى التكلفة الاجتماعية لتحرير المرأة. إن كل الإجابات التقليدية هى الأرخص- بطبيعة الحال. فمن السهولة إخراج المرأة من سوق العمل والقول بصورة تقليدية: أن إطعام الآخرين هو الدور الأفضل لها. ولكننا لا يمكننا أن نقول بأن هذه الحلول تمثل ما ترغبه المرأة، أو ما هو في صالح صحة المرأة. وفي نفس الوقت،ومع سماعنا للإجابات القديمة مرة أخرى، هناك إقرار صحي متنام من جانب الحكومة بشان الحاجة إلى كبح جماح المهنيين في مجال السيطرة على حياة الناس. إن ذلك يوفر لنا الطريق، حتى داخل القوالب النمطية السياسية المحافظة، من أجل تغيير العلاقة بين المرأة والرعاية الصحية.

إن كافة تلك القضايا المطروحة ليست قضايا يسيرة، وكلها تتطلب مواجهة الصراع الكامن في العلاقات الاجتماعية بين الناس والمهنيين، وبين الرجل والمرأة. وفي النهاية، فإننا جميعا نواجه خطورة عند التحرك نحو تحقيق مجتمع أكثر إنسانية، لا تنفصل فيه الصحة والمرض عن بقية خبراتنا، ويرتبط فيه الجسد بالبيئة، ويمكن من خلاله إدراك العقل والعاطفة باعتبارهما يشكلان أسلوب قيام الجسد بوظائفه. كما يواجه كل منا أيضا خطورة في إدراك حدود العلم وتقديرها، وفي فهم التكنولوجيات الجديدة لعالمنا الشجاع. إن ما نرغبه هو عالم جديد شجاع، وليس عالم قديم ميت، خال من الروح ومثير للإحباط. إن ما نرغب فيه هو عالم يضع في اعتباره تلك النساء اللاتي يطالبن بإحداث تغيير.

ملاحظة

تم تقديم هذه الورقة البحثية بداية كخطاب أساسي إلى مؤتمر منظمة الصحة العالمية/ مجموعة تعليم الصحة،

والذي كان يدور حول المرأة والصحة، وعقد في مدينة ادينبورج في الفترة ٢٥-٢٧ مايو ١٩٨٣ . ونحن نعيد نشره هنا من واقع "مقالات حول المرأة، والطب والصحة"، عام ١٩٩٣، وبإذن من المؤلفة والناشر:

Edinburgh University Press, Ann Oakley

مراجع وهوامش

١) للاطلاع على موجز، راجع:
Oakly E 1981 Subject women Martin Robertson, Oxford Chapter 3

٢) راجع:
Houd ,S,Oakley A 1983 Alternative Perinatal services in the European region and North Americaa pilot survey.WHO copehagen, unpublished.

٣) راجع:
Macguire J, 1960 Nursing; none is held in higher esteem Careers of Professional women. Silverstone R Ward A (eds).Croom Helm, London.

٤) الفريق الطبي بالمستشفى في انجلترا وويلز، ا لجداول القومية، ٣٠ سبتمبر ١٩٧٧. إدارة الصحة و التأمين الاجتماعي، قسم الاحصاءات والبحوث، فبر اير ١٩٧٨.

٥) راجع:
Elston MA, 1960. Medicine: half our future doctors Careers of Professional women silverstone R, Ward A (eds). Croom Helm, London.

٦) راجع:
CilmanCp, 1902.The Yellow Wallpaper. The New England Magazine reprinted in The Charlotte Perkins Cilman Reader: The Yellow Wallpaper and Other Fiction Women's Press, London 1981.

٧) راجع:
Olsen T, 1980. Silences. Virago, London.

٨) راجع:
Cilman CP, 1923. Why I wrote The Yellow Wallpaper The Forerunner, October.Reprinted in The Charloote Perkins Cilman Reader: The YellowWallpaper and Other Ficton. Women's Press, London, 1981.

٩) راجع:
Boulding E, 1977. Women in the twentieth Cent ury World. Sage Publication, New York.

١٠) راجع:
nati Chiplin B, Sloane PJ, 1982. Tackling Discrimi on at the Workplace. Cambridge University Press, Cambridge.

١١) راجع:
Hamill L, 1978. Wivers as Sole and Joint Breadwinners. Government Economic Service Working Papers No. 13. HMSO, London.

١٢) راجع:
Land H, 1980. The family wage. Feminist Review. 6:55-77

١٣) راجع :
Beral V, 1979. Reproductive mortality. Brtish Medical Journal. (15 September): 632 -34.

١٤) راجع:
Cocheane A, 1971. Effectiveness and Efficienc Nuffield Provincial Hospitals Trust, P. 64.

١٥) راجع:
Shepherd M, Cooper B, Brown AC et al, 1966. Psychiatric Illness in General Practice. Oxford University Press, London.

١٦) راجع:
Stimson GV, 1976. GPs, trouble and types of Ptient. Stacey M, (ed).The Sociology of the National Health Service. Sociological Review Monographs 22,University of Keele, Staffordshire.

١٧) وللاطلاع على مناقشة لهذا المأزق في علاقته بالتوتر الذي يسبق الدورة الشهرية، راجع:
Laws S, 1983.The sexual Politics of premenstrual tension. Women's Studies International Forum.6:19-51.

١٨) راجع:
Woolf V, Professions for women. Reprinted in Woolf V, 1979. Women and Writing. Woman's press, London.

١٩) راجع:
Rich A,Women and honor: some notes on lying.On lies, Secrets, Silence. Virago, London.

٢٠) وجهة نظر مقدمة من:
J Hirsch and cited in Ruzek SB, 1979,The Women's Health Movement. Praeger, New York, P. 58.

٢١) راجع:
Robinson J,1981Cervical Cancer a feminist critique Times Health Supplement. 5:16.

شبكة نيكاراجوا للنساء الناشطات ضد العنف

إستخدام البحث، والحركة من أجل احداث تغيير

إن الوعى العام فى نيكاراجوا ضد العنف المنزلى قد مر بتحولات عميقة فى السنوات القليلة الماضية . وعلى الرغم من أن هذه المشكلة كانت تعتبر مشكلة خاصة تؤثر على قليل من النساء ، فهى تعتبر الآن مشكلة اجتماعية رئيسية . ويرجع هذا ، بقدر كبير ، إلى حركة واسعة النطاق تقف على رأسها الشبكة القومية للنساء الناشطات ضد العنف ، والتى تضم ما يزيد على ١٥٠ جماعة نسائية وهئات من النساء ، على مستوى فردى ، فى كافة أنحاء البلد . ولقد شنت الشبكة حملة لمدة سنة ، وصلت إلى ذروتها علم ١٩٩٦ مع إقرار القانون الجديد بشان العنف المنزلى .

بقلم : مارى إلسبرج
جيركر ليلجستراند
أنا وينكفيست

إن عملية صياغة القانون الجديد وحشد الدعم من أجله قد لاقت نجاحا نتيجة لخلق تحالف استراتيجى بين الساسة، ومسئولى الحكومة، وقيادات المجتمع المحلى، والمهنيين فى جميع التخصصات العامية. وقد أفضت البحوث المشتركة، وما قدمته من بيانات، إلى إقناع صناع السياسة بالحاجة إلى الإصلاح. وتعمل هذه الورقة البحثية على تتبع تاريخ الحركة المناهضة للعنف منذ أعوام الثمانينيات، كما توضح مختلف الاستراتيجيات التى جرى استخدامها لوضع قضية العنف المنزلى داخل جدول الأعمال السياسى القومى.

تجدر الإشارة إلى أن الكثير من قطاعات المجتمع فى نيكاراجوا قد وجدت قواها لمقاومة العنف المنزلى، وذلك فى مجتمع تظل فيه قوى أخرى عديدة فى حالة استقطاب. ويأتى ذلك كانعكاس للوعى الدولى المتعاظم فى مجال عدم التمييز بين الجنسين باعتباره حقا من حقوق الإنسان، كما يرتبط أيضا بالصحة العامة كقضية، وهو الأمر الذي نتج عن نشاط مكثف لأكثر من عقدين قامت به الجماعات النسائية التى تعمل بين النساء.[١،٢] ويمكن رؤية نجاح هذه الجهود فى الوثائق الدولية الأخيرة، مثل «الاتفاقية - الامريكية للقضاء على العنف ضد النساء والمعاقبة عليه»[٣]، فضلا عن خطط العمل الصادرة عن المؤتمرات التى عقدتها هيئة الأمم المتحدة مؤخرا حول حقوق الإنسان (فيينا، ١٩٩٣)، ومؤتمر السكان والتنمية (القاهرة، ١٩٩٤)، والمؤتمر العالمى للمرأة (بكين، ١٩٩٥).

إن الحركة المعادية للعنف فى نيكاراجوا تدين بالكثير من قواها للخبرات التى اكتسبتها النساء خلال مشاركتهن فى العملية الثورية فى أعوام الثمانينيات. لقد شاركت المرأة بنشاط فى كافة جوانب النضال ضد ديكتاتورية سوموزا، بقيادة جبهة التحرير الوطنى لساندينيستا، والتى كانت تضم مقاتلين مسلحين، وخلال العام الأول بعد الإطاحة بسوموزا فى عام ١٩٧٩، تم تنفيذ عدد من الاصلاحات الاجتماعية التى كان لها عميق الأثر على حياة المرأة. إن حملة محور

الأمية واسعة النطاق التى بدأت فى عام ١٩٨٠ قد أدت إلى تقليص نسبة الأمية من ٢٥٪ إلى ١٢٪ وذلك خلال ستة شهور فقط. وفى نفس الوقت، نجحت الحملات الصحية الضخمة فى القضاء على شلل الأطفال، وتخفيض معدل وفيات الأطفال. وقد شاركت النساء أيضا، وأكثر من ذى قبل، فى قوة العمل، ويرجع ذلك جزئيا إلى مؤسسات رعاية الطفل التى أصبحت متاحة.

وتعد المنظمة النسائية الأساسية خلال تلك الفترة، «رابطة نساء نيكاراجوا»، والتى وصلت عضويتها عام ١٩٨١ إلى ٢٥٠٠٠ عضوة[٥] ومع كل، وكما هو الحال بالنسبة لعديد من «المنظمات الجماهيرية» التى ظهرت أثناء الثورة، قام حزب ساندينيستا باختيار وتعيين قيادات» رابطة نساء نيكاراجوا»، وكما أن البرنامج السياسى للرابطة كان محددا من أعلى. إن الدور الأساسى للرابطة كان يكمن فى حشد النساء حول القضايا ذات الاهتمام القومى، مثل إعادة بناء الاقتصاد والدفاع الوطنى الذين تم تدميرهما نتيجة للحرب ولم تكن قيادة المنظمة راغبة فى الاضطلاع بالقضايا التى يمكن النظر إليها باعتبارها تسوية»، حيث إن هذه القضايا لا تهم النساء اللاتى ينتمين للقطاعات الشعبية القاعدية، كما أن تحرير المرأة يتقدم تدريجيا من المشاركة إلى المساواة، دونما مرور على مرحلة المطالب الخاصة بنوع الجنس أو المطالبة المباشرة بالسلطة».[٤]

وعلى الرغم من أن حقوق الرجل والمرأة واردة بالدستور الجديد لعام ١٩٨٧، فإن المساواة بين الجنسين لم تشهد ترجمة كاملة لها فى السياسة العامة. ومع منتصف أعوام الثمانينيات، كانت النسويات فى نيكاراجوا يطالبن بإيلاء المزيد من الانتباه للقضايا التى تمثل أهمية بالنسبة للمرأة مثل: الإجهاض، والحقوق الانجابية، والتحرش الجنسى، وعلاقات القوة داخل الأسرة، وملكية الأرض، والتعليم الجنسى، والتوجه النسوى ذاته.[٤،٦] إن حرب الكونترا، التى بدأت عام ١٩٨٣ وتصاعدت بانتظام خلال أعوام الثمانينيات، قد أدت إلى إنهاء هذه المناقشات، حيث قامت جبهة التحرير الوطنى لساندينيستا بتغيير أولوياتها لقد أثرت الحرب، كما أثر الحصار الاقتصادى الامريكى، على الاقتصاد، حيث ازداد التضخم وقلت السلع الأساسية، مما أدى إلى تآكل المكاسب الاجتماعية التى قدمتها الثورة فى سنواتها الأولى. وكانت الجهود الوطنية تلتف، على نحو متزايد، حول الدفاع العسكرى، وكان مطلوبا من رابطة المرأة بنيكاراجوا أن تحشد أمهات المقاتلين لدعم جهود الحرب. أما خطة السياسة الشعبية المطروحة للمناقشة، والانتخابات الداخلية الديمقراطية، فقد تم تأجيلهما لما بعد انتخابات عام ١٩٩٠.

وبينما كانت الجهود الرامية إلى تغيير السياسة العامة تتسم بالتواضع فى أعوام الثمانينات فقد أدت هزيمة ساندينيستا الانتخابية فى عام ١٩٩٠ إلى خطوة للوراء بالنسبة للنساء. إن إدارتى فيوليتا باريوس دى شامورو وأرنولدو أليمان، المنتخبتين عام ١٩٩٦، كانتا تسعيان بوضوح نحو تعضيد الأدوار التقليدية للمرأة، وتقليص العماله الرسمية حد كبير، وتعضيد الخدمات الاجتماعية، وخاصة فيما يتعلق برعاية الأطفال.[٧] لقد تم إحراق الكتب المدرسية لساندينيستا وحلت نصوص جديدة محلها، نصوص تؤكد على «القيم العائلية» وشرور الإجهاض واستخدام وسائل منع الحمل وممارسة الجنس قبل الزواج. وعلى سبيل المثال، نجد فى أحد النصوص التى يجرى تدريسها للصف السابع مايلى:

«إن المهمة الجنسية للمرأة ترتبط برباط وثيق بمهمتها الزوجية، والأمومة بالنسبة للمرأة اكثر أهمية من الأبوة بالنسبة للرجل. وعندما يضع الرجل أو المرأة متعته الأنانية قبل هذه المهمة المجيدة، فإن الخراب الذى سيعم على الأسرة والمجتمع ككل لا يمكن حسابه»[٨]

أن أول حملة قامت بها وزارة الصحة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية مرض الأيدز كانت تتجنب أية إشارة للواقى الذكرى، وبدلا من ذلك كانت تحث السكان كالتالى: «امنعوا مرض الأيدز.. فلتدين بالولاء لشريكك». وعلى الرغم من أن الإجهاض لم يكن شرعيا أثناء حكومة ساندينستا، فقد تم اعتباره سببا رئيسيا لوفيات الأمهات، تم تشكيل لجان إجهاض فى المستشفيات من أجل ضمان إجراء عملية الإجهاض بسلام للنساء.[٩] وقد جرى إلغاء هذه اللجان فورا، وهناك قضية مشهورة ، اتهمت فيها امرأة أحدى جاراتها بإجراء الأجهاض لنفسها وقد قامت الشرطة بحبسها.

وعلى الرغم من هذه الردة المحافظة، أو ربما استجابة لها، تنامت الحركة النسائية بقدر كبير فى السنوات الأخيرة، وبرزت كإحدى الحركات الدينامية والمتنوعة فى نيكاراجوا. تناولت كثير من هذه الجماعات اهتمامات الخاصة ومجموعات النساء، على سبيل المثال: عاملات المزارع، وعاملات المصانع المتبطلات، والنساء المعوقات، والنساء اللاتى ينتمين للسكان الأصليين. وهناك جماعات أخرى ركزت على نشاطات مثل البحث، والمناصرة القانونية، الاتصال أو التدريب. ومع كل، فقد كان هناك خيطان يربطان بين كل أولئك المنخرطين فى العمل السياسى، وهما: العنف المنزلى، والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

واليوم، توجد المراكز البلدية لصحة المرأة فى كافة المدن الرئيسية تقريبا وتقدم للمرأة خدمات فى مجال أمراض النساء ووسائل منع الحمل، فضلا عن تقديم المعونة التعليمية، والقانونية، والنفسية، ويتمتع كثير من هذه المراكز بالاستقلال؛ فى حين تنتسب مراكز أخرى إلى بعض المنظمات التى تعمل بمثابة المظلة لها، مثل رابطة النساء فى نيكاراجوا، أو منظمة IXCHEN، وهى منظمة معروفة تضم ١٠ مراكز فى كافة أنحاء البلد، بما فيها أحد المراكز الأولى لصحة النساء. وهناك الكثير من الجماعات التى قامت بإنشاء «بيوت الأمومة» لتمكين المرأة الريفية التى تتعرض للخطر فى حملها من الولادة فى المدينة. وفى مدينة إستيلى، قامت جماعة «أكسيون يا» (Accion ya) بإنشاء أول مأوى للنساء اللاتى يتعرضن للضرب فى نيكاراجوا؛ وهناك مركز ثان «إل ألبرج» (El Albergue)، قد تم افتتاحه مؤخرا فى ماناجوا. أما «خوشيكو يتزال» (Xochiquetzal)، فيتناول قضايا التعليم والمناصرة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز، والنشاط الجنسى، وهناك منظمات أخرى، بما فيها مركز المعلومات والخدمية الاستشارية فى مجال الصحة، ومركز «سى موجر» (Si Mujer)، ومركز «بونتوس دى إنكوينترو» (Puntos de Encuentro)، وجماعة ماتالجابا للمرأة، كلها تقوم بممارسة أنشطة تعليمية وحملات إعلامية حول: العنف، والنشاط الجنسى، والصحة الانجابية، أما مركز الحقوق الدستورية، ومركز حقوق الإنسان، فيعملان فى مجال ممارسة الضغط من أجل تحقيق الإصلاحات القانونية، وقد قاما بتدريب مئات من النساء اللاتى ينتمين للقاعدة الشعبية، وذلك فى مجال محو الأمية القانونية، وتمكينهن من تقديم المساعدة للنساء اللاتى يتعرضن للضرب فى المجتمع المحلى. ومع حلول عام ١٩٩٢، قامت منظمة الصحة لعموم أمريكا بتحديد ١٦ منظمة تقدم الخدمات فى ٥٢ مركزا من المراكز البديلة للنساء، وذلك فى ٢٤ مدينة فى جميع أنحاء البلد. وخلال الشهور الستة الأولى من عام ١٩٩٢، قامت هذه المراكز بخدمة ١٢٥٠٠٠ امرأة.[١٠]

شبكة النساء ضد العنف

فى عام ١٩٩٢، قام تحالف من جماعات نسائية وأفراد بتنظيم مؤتمر قومى تحت شعار «الوحدة فى التنوع». وقد حضر المؤتمر ما يزيد على ٨٠٠ امرأة، وذلك لصياغة برنامج سياسى جديد يرتكز على مبادئ الاستقلال الذاتى والديمقراطية الشعبية، ومن شأنه أن يتيح للنساء اتخاذ موقف فعال فى مواجهة الدولة التى تستخدم أساليب عدوانية ضد المرأة.[٥،٤] وتتمثل إحدى النتائج الهامة للمؤتمر فى تشكيل شبكات عمل قومية حول قضايا معينة مثل النشاط الجنسى، والصحة، وقضايا العنف.

إن الاعتماد على شبكات عمل ذات تنسيق مرن كنموذج للفعل السياسى كان ينتشر خلال أمريكا اللاتينية كجزء من التنوع المتعاظم فى الحركة النسائية. وفى عام ١٩٩٠، تم إنشاء شبكة العمل النسوية لأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبى والتى تعمل ضد العنف المنزلى والجنسى؛ ومع حلول عام ١٩٩٢، انتشرت فى جميع أنحاء أمريكا اللاتينية شبكات عمل شبه إقليمية.[١١]

وفى البداية، كانت شبكة نيكاراجوا للنساء ضد العنف تخطط من أجل تنظيم حملات قومية بشأن الاحتفالات السنوية التى تجرى ما بين ١٠ أكتوبر و٢٥ نوفمبر حول «١٦ يوما من النشاط حول العنف ضد المرأة».[١٢] وكانت الاستراتيجية التى تطرحها شبكة العمل تهدف إلى الدمج بين رسائل التعليم العام والمطالب السياسية المعنية. وفى عام ١٩٩٤، قدمت الشبكة ٤٩٠٠٠ توقيع إلى الجمعية الوطنية، تطالب بالتصديق على اتفاقية «بيليم دو بارا» (Belem de Para).

وفى عام ١٩٩٥، اندمجت هذه الأنشطة السنوية داخل النشاط القائم. وفى مارس ١٩٩٥، قامت الشبكة بتنظيم مؤتمر وطنى حول العنف، حضره ما يزيد على ٥٠٠ امرأة من مختلف التخصصات المهنية، والحكومة، والشرطة، والمنظمات الشعبية. ونتيجة لذلك، تكونت شبكات محلية ضد العنف المنزلى فى عديد من المدن والمناطق. وقد صدر كتيب بعنوان «أين نذهب وماذا نفعل فى حالة العنف»، وتم توزيع ٦٠ ألف نسخة منه باللغتين الإسبانية والمسيكيتو. ومايزال العمل جاريا لاصدار مواد تعليمية للأطفال، والكبار، وللعاملين فى مجال الصحة، ولقادة الكنائس.

والآن، تمتلك الشبكة المعادية للعنف مجموعة متنوعة من الأعضاء. وعلى الرغم من أنها بدأت نشاطها بعدد من الأعضاء يقل عن ٢٠ عضوا، فإنها تضم حاليا عضوية نشطة تزيد على ١٥٠ منظمة عضوة، بالإضافة إلى مئات من الأعضاء الأفراد. وعادة ما يحضر عدد يتراوح من ٦٠ إلى ١٠٠ امرأة، من جميع أنحاء البلاد، الاجتماعية القومية. وفى عام ١٩٩٥، كان دليلها القومى يضم ٩٢ مركزا من المراكز الأعضاء التى تقدم خدماتها للنساء اللاتى تعرضن للضرب فى ٥٤ مدينة. علاوة على ذلك، هناك جماعة من الرجال المهتمين بالترويج لهويات اجتماعية بديلة للرجال قد قامت بإنشاء شبكة عمل صغيرة للرجل ضد العنف، وتعمل فى تنسيق وثيق مع الشبكة النسائية.

وتركز الشبكة على قيادة لامركزية وغير تراتبية، أبدت

فعالية فى مجال حشد قاعدة عريضة من المشاركين. ومن بين أهم الملامح الهامة لشبكة العمل، نجد ما يلى:

● المشاركة الطوعية: الإعلان عن الاجتماعات فى الصحف القومية، ويحق للأعضاء الدخول فى الشبكة أو الخروج منها دونما التزام.

● تعددية القيادة وتداولها: لا يوجد قادة منتخبون ويجرى تداول عملية تنسيق الاجتماعات. هناك اثنان فقط من العاملين، بمن فيهم السكرتيرة التنفيذية، التى يكمن دورها فى تسهيل الاتصال بين الأعضاء ومتابعة الاتفاقات؛ ولكنها غير مخولة باتخاذ قرارات باسم الشبكة.

● يحق للأفراد من النساء والمنظمات غير الحكومية فحسب أن تصبحن أعضاء. أما النساء اللاتى يعملن فى هيئات حكومية، فهناك ترحيب لمشاركتهن كأفراد. وتتمتع النساء الأفراد بنفس حقوق النساء اللاتى يمثلن منظمات.

● التنوع الأيديولوجى: على الرغم من أن غالبية النساء الاعضاء تمتد جذورهن إلى حركة ساندينيستا ويعرفن أنفسهن كنسويات، فإن المتطلب الوحيد للانتماء للشبكة يكمن فى التمسك برؤية مشتركة حول العنف، ترتكز على نوع الجنس، وذلك باعتبار العنف مشكلة اجتماعية وسياسة تحتاج إلى وضع عقوبات ضدها والحيلولة دون وقوعها وذلك من خلال مختلف الجهود المجتمعية والحكومية.

● اتخاذ القرارات بالإجماع: وهو الأمر الذى لا ينتشر على نطاق واسع، وخاصة عندما يحضر الاجتماعات عدد كبير من النساء يصل إلى ٢٠٠ امرأة. ومع كل، فلم يتم فرض الاجماع بالقوة فى الممارسة، بل بالأحرى يجرى التصرف على ضوء وجود اتفاق كامل.

● إنجاز العمل عن طريق لجان: بالإضافة إلى الفروع الإقليمية، يوجد لدى الشبكة لجان عمل من شأنها الارتقاء بعمليتى البحث والتدريب، وتطوير الاستراتيجيات اللازمة للضغط وأعمال المناصرة، والتنسيق مع مراكز الشرطة والوصول إلى نساء الكنيسة.

الحواجز أمام تحقيق العدالة للنساء اللاتى يتعرضن للضرب:

يكمن الهدف الأساسى للشبكة فى ممارسة الضغط على الحكومة من أجل الاضطلاع بمسئوليات أكبر للقضاء على العنف المنزلى؛ وفى نفس الوقت، مواجهة الأعراف الثقافية القائمة والتى تجيز للرجال، بل وتشجعهم على التعامل العنيف مع المرأة. ونجد فى نيكاراجوا أنه متوقع من النساء بشكل عام أن يخضعن للسلطة الذكورية، وإنها لتعد سبة أن يقال عن المرأة أنها لا تجد رجلا يمسك بزمامها. كما نجد أيضا أن استخدام الأزواج للعنف ضد زوجاتهم لتأديبهم ومعاقبتهن هو أمر مقبول على نطاق واسع، وتشير العديد من النسوة إلى العنف الذكورى باعتباره أمرا آخرا يتوجب احتماله. إن العنف يعتبر جزءا لا يتجزأ من حياة المرأة، ومن ثم فهو أمر طبيعى مثل ولادة الأطفال والدورة الشهرية.[١٣] إن هذه المعتقدات، إضافة إلى مشاعر الخجل والعزلة التى عادة ما تصاحب سوء المعاملة، تمنع الكثير من النساء من الحديث إلى الآخرين حول تجربتهن هذه، ومن ثم يقل إبلاغهن للشرطة بعمليات سوء المعاملة التى يتعرضن لها.

وعلاوة على ذلك، فما أن تتخذ أى امرأة قرارا باللجوء إلى الشرطة، عادة ما تواجه عقبات جسيمة فى النظام القضائى، فقبل الإصلاح الذى طرأ على قوانين الاغتصاب فى عام ١٩٩٢، كان تحديد وتصنيف كل من الاغتصاب للنساء والاعتداء الجنسى على الأطفال يتم بصورة ضيقة على اعتبار أنه جريمة خاصة، مع بعض التبعات البسيطة إذا ما كانت المرأة التى تعرضت للاغتصاب عذراء.[١٤] وحتى وقت قريب، كان الإعتداء البدنى يعد جريمة فقط إذا ما كان واضحا فى شكل جروح تتطلب فترة ١٠ ـ ١٥ يوما للعلاج.[١٥] وكانت تتم تسوية نصف حالات العنف المنزلى التى يتم الإبلاغ بها للشرطة، وذلك من خلال إبرام «اتفاقيات سلام» يوافق فيها الطرفان على الامتناع عن العنف.[١٦] وهناك نسبة ضئيلة فقط من حالات العنف القاسية التى تصل إلى قاعة المحكمة، وفى الحالات القليلة التى يصدر فيها حكم يكون حكما بالحبس لمدة محدودة، وكثيرا ما يتم استبداله بدفع غرامة ضئيلة تصل إلى ما قيمته عشرة دولارات أمريكية.

وفى عام ١٩٩٤، بدأ العمل فى مشروع يسمى «المرأة ومراكز الشرطة»، كمحاولة مشتركة بين قوات الشرطة والمركز القومى الحكومى للمرأة ومراكز الرعاية البديلة لصحة المرأة، وذلك من أجل تحسين قدرة نفاذ المرأة إلى العلاج وجهود الوقاية. وعلى الرغم من أن هذا المشروع قد بدأ نتيجة لوجود مشاريع مشابهة فى بلدان أخرى، وخاصة البرازيل والأرجنتين وبيرو، فإن مستوى مشاركة الجماعات النسائية فيه تعد غير عادية.[١٧]

ويرتكز المشروع فى مراكز الشرطة. والنساء اللاتى يرتدن المشروع يتم تقييمهن عن طريق ضابطات شرطة مدربات وباحثات اجتماعيات مدنيات، ويتم تحويلهن إلى المراكز

النسائية المحلية للحصول على الخدمات القانونية والاستشارات النفسية، فضلا عن الفحوص الطبية عن طريق المتخصصات.

إن وجود مثل هذا المشروع قد ساعد على مجابهة وجهة النظر السائدة بشأن اعتبار العنف ضد المرأة شيئا «عاديا»، وأخذ عدد أكبر من النساء يقمن بالإبلاغ عن سوء المعاملة. وفى عام ١٩٦٦، تم الإبلاغ عن حوالى ٨٠٠٠ حالة من حالات العنف والاعتداء المنزلى، وذلك مقارنة إلى ٣٠٠٠ حالة تم الإبلاغ عنها عام ١٩٩٤. ومع معرفة الاختلافات الأيديولوجية والتنظيمية الموروثة القائمة بين المؤسسات المشاركة، لا يثير الدهشة أن المشروع قد واجه العديد من الصعاب. وقد قامت شبكة العمل بأعمال التنسيق الخاصة بتطوير استراتيجية مشتركة لمراكز المرأة فى الحوار الدائر مع المركز القومى الحكومى للمرأة ومركز الشرطة.

القانون الخاص بالعنف المنزلى

أثناء الحملة القومية ضد العنف التى تم شنها عام ١٩٩٥، قررت الشبكة تناول مسألة النظام القانونى الجنائى، ولقد قامت مجموعة من النساء المحاميات والقاضيات بصياغة مشروع قانون للإصلاح، قدمته الشبكة إلى الجمعية الوطنية ومعه توقيعات من ٤٠ ألف مؤيد له. وكان هذا القانون مستمدا من نصوص تشريعات إصلاحية مماثلة فى المنطقة، إضافة إلى التوصيات التى قامت بتطويرها لجنة أمريكا

اللاتينية للدفاع عن حقوق المرأة.[١٨]

إن «إصلاح قانون العقوبات» المقترح بشأن «الحيلولة دون العنف الأسرى والمعاقبة عليه كان يتضمن ثلاثة بنود هامة:

- كان السماح للنساء بطلب الحماية فى حالة اقتراف العنف، مثل: منع الزوج المذنب من الدخول إلى مكان سكن المرأة أو مكان عملها، وتقديم الاستشارة، وتمكين الزوجة من منزلها إذا ما طردها الزوج منه، ومصادرة الأسلحة، واستبدال ما تم تخريبه من ملكية.
- ضم الأذى النفسى فى تعريف جريمة الاعتداء، والتى كانت سابقاً يتم تعريفها على النحو التالى: «أى تغير أو أذى لصحة الشخص، مما يترك أثراً على الجسد». وقد غير القانون الصيغة إلى ما يلى: «أى أذى يلحق بالشخص، سواء بدنياً أو نفسيا».
- وعلى الرغم من أن عقوبة الحبس على جريمة الاعتداء لم تزد مدتها، فإن وجود الروابط الأسرية بين المذنب والضحية أعتبر من الظروف المفاقمة للأمر، ومبررا لتطبيق أقصى عقوبة (حتى ٦ سنوات فى السجن»، وهو ما يتناقض مع الممارسة القضائية القائمة التى كانت تطبق الحد الأدنى من العقوبة.

إن القرار بعد إصدار أحكام قاسية للأزواج المذنبين كان يرتكز على التجربة السابقة فى مجال إصلاح التشريع الخاص بالجرائم الجنسية لعام ١٩٩٢، حيث إدخال عقوبات قاسية على مقترفى جريمة الاغتصاب قد نتج عنها بشكل غير متوقع، انخفاض كبير فى معدل الاتهام. كان القضاة غير راغبين فى توجيه الاتهام، حتى مع إيمانهم بأن المتهم مذنب، وذلك لأن أحداً لم يكن يرى أن الاغتصاب يمثل تلك الأهمية أو الجدية التى يتوجب معها إصدار حكم بالسجن لمدة تتراوح بين ١٥ و ٢٠ سنة.

البحوث حول العنف المنزلى

إن نقص البيانات المعتمدة كان يمثل عقبة أساسية أمام رفع الوعى العام فى مجال العنف المنزلى. وفى عام ١٩٩٥، قامت مجموعة من العلماء فى مجال علم الأوبئة - من جامعة ليون الوطنية المستقلة فى نيكاراجوا، وجامعة أوميا فى السويد، وأعضاء شبكة العنف ضد المرأة - بإجراء دراسة حول انتشار وخصائص الإساءة إلى الزوجة فى مدينة ليون، وهى ثانى أكبر مدينة فى نيكاراجوا. وقد وجدوا أن ٥٢٪ من ٣٦٠ امرأة، تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة ومتزوجات قد عانين من عنف الشريك، وأن واحدة من كل أربعة منهن قد عانت من العنف فى الاثنى عشر شهراً الماضية.[١٩] وعلاوة على ذلك، فإن ثلث النساء اللآتى تعرضن للعنف

البدنى قد عانين أيضاً من اغتصاب الشريك، كما تعرض ثلثهن أيضاً للضرب أثناء الحمل.

وقد أبلغت حوالى نصف النساء أن أطفالهن قد شاهدوا هذا العنف، مما أثار عليهم تعليمياً وعاطفياً وسلوكياً. وعلاوة على ذلك، فإن النساء اللاتى عانين من العنف، من المرجح أيضاً، أن يعانين أيضاً من الاحباط العاطفى، فالآثار النفسية لسوء المعاملة تستمر لفترة طويلة بعد ممارسة العنف.[٢٠] وأخيراً، أبلغت ٨٠٪ من النساء أنهن لم يسعين إلى المساعدة من خارج الأسرة، وفقط ١٤٪ منهن قد أبلغن الشرطة بشأن حدوث العنف معهن.

لقد استخدمت الشبكة أسلوب البحث لتقديم الدعم لمبادرة الإصلاح القانونى. وقد تم نشر هذه النتائج فى كتاب بعنوان «حلوى في الجحيم» (Candies in Hell)[١٩]، جرى تقديمه خلال إحدى الفعاليات الوطنية، وقامت وسائل الإعلام بإجراء تغطية كاملة له. وقد تم دعوة مجموعة من المسئولين الحكوميين للتعليق على الدراسة؛ وكانت هذه المجموعة تضم قاضيا بالمحكمة العليا، ونائبه وزير الصحة، ومديرة المعهد الوطنى للمرأة، ونائب رئيس الجمعية الوطنية. وقد تمثلت إحدى اللحظات الهامة فى ذلك الموقف عندما أعلنت نائب وزير الصحة، وهى مفعمة بالمشاعر، أنها هى نفسها قد تعرضت للضرب عندما كانت شبه صغيرة. إن البيانات الواردة فى الدراسة لم تؤد فحسب إلى اقناع صناع السياسة بحجم الآثار المدمرة للعنف المنزلى على المرأة والطفل، وإنما أوضحت أيضاً ضرورة تأمين المرأة والطفل من خلال دعم القانون الخاص بالعنف المنزلى. إن نائب رئيس الجمعية الوطنية وهو عضو بأحد أكثر الأحزاب محافظة، قد أصبح حليفاً قوياً للقانون، ولعب فيما بعد دوراً أساسياً فى وضع القانون فى جدول الأعمال التشريعى.

الجمع بين الدراسة البحثية والعمل فى مجال الإصلاح القانونى:

لقد مارست الشبكة ضغوطاً متواصلة لمدة ثمانية شهور فى محاولة لتأكيد صدور القانون الخاص بالعنف المنزلى. ولادراك الشبكة بأن مقاومة القانون داخل الجمعية ستكون كبيرة، فقد بدأ العمل فى مشروع بحثى، قام به مجموعة من المتطوعين الذين ينتمون للشبكة، مع مساعدة تقنية من جانب UNAN-Leon. وقد كان المشروع يهدف إلى إمداد المشرعين بالمعلومات اللازمة حول الضرورة السياسية والتقنية لوضع بنود تقييدية وبنود خاصة بتجريم الإساءة النفسية باعتبار أنهما يمثلان الجانبين الخلافيين من القانون. ولقد كانت الدراسة تهدف إلى تحديد ما يلى:

- ما هى أنواع الأفعال التى تتدرج تحت أفعال عنيفة، وهل يعتبر الناس أن الإساءة النفسية نوعاً من أنواع العنف؟
- ما هى الاجراءات الحمائية والعقابية التى يمكن اعتبارها مفيدة بالنسبة لضحايا العنف ومرتكبيه؟
- هل يعتبر الناس أن الموارد المتاحة للمرأة التى تعيش فى ظل علاقات العنف تعتبر مفيدة؟

ولقد كان الفريق البحثى يتكون من أربع نساء من شبكة العمل النسائية ورجلين من شبكة الرجال للعمل ضد العنف، وقد قام بإدارة مناقشات لعدد من المجموعات البؤرية يبلغ ١٩ مجموعة، شارك فيها حوالى ١٥٠ فرداً. لقد قامت المنظمات الأعضاء بالشبكة بإنشاء المجموعات البؤرية لتحقيق التنوع الجغرافى، سواء على مستوى الحضر أو الريف، بالإضافة إلى مجموعة من الأفراد ذوى الخلفية التعليمية والمهنية. وكان من بين المشاركين رجال ونساء كبار وشباب، وأطفال، ونساء تعرضن للضرب، ونساء ناشطات فى مجال حقوق المرأة، ونشطاء وناشطات فى مجال حقوق الطفل، ومهنيين فى مجال الصحة العقلية، وأطباء، ورجال ونساء من الشرطة والقضاء.

وقد تم استخدام مختلف التقنيات اللازمة فى مناقشات المجموعة البورية، بما فى ذلك أشكال فنية. فى أحد التدريبات، كان يتم إعطاء المشاركين مجموعة تتكون من ١٩ بطاقة، مكتوب فى كل بطاقة منها أحد أنواع العنف.[٢١] وكان المطلوب من المشارك أن يقوم بتصنيف البطاقات طبقاً لمدى قسوة وسيلة العنف ثم يضع كل بطاقة على الحائط تحت عنوان من العناوين الثلاثة التالية: ليست عنفاً، عنف متوسط، عنف قاسى.

وفى تدريب آخر، كان يتم إعطاء المشاركين قائمة من التدابير العقابية الممكنة ضد مرتكبى العنف (مثل: تجريده من أسلحته، إجباره على الذهاب لجلسات المشورة، إجباره على دفع ثمن التلفيات، فرض غرامة مادية تتراوح من ٣ إلى ٦ شهور، أو من سنتين إلى خمس سنين). وكان المطلوب منهم تحديد أى العقوبات تصلح فى حالات العنف البسيط فى مقابل العقوبات التى تصلح فى حالات العنف القاسى؛ وأى العقوبات التى لا تصلح فى أى حالة من الحالات.. وكان يعطى للقضاء ولخبراء الصحة العقلية وللمحامين مشروع القانون الإصلاحى لمناقشته.

وهناك تدريب آخر استخدم الرسوم التوضيحية «أشكال فن» لتقييم الموارد المجتمعية بشأن النساء اللاتى يتعرضن

للضرب، وذلك وفقاً لقدر المعونة والمساعدة المقدمة لهن.

وقد كشفت الدراسة عن وجود اتفاق كبير فى الرأى بشأن عديد من القضايا، وأكثرها دلالة مدى حجم الأذى النفسى الذى يلحق بالنساء اللاتى يتعرضن للضرب.[٢٢] كما كان هناك اتفاق واسع على أن التبعات النفسية لسوء المعاملة تعد أكثر خطورة وذات أثر طويل أكثر من التبعات البدنية، وأن مفهوم الأذى يجب أن يشتمل على الأذى النفسى. وقد أشارت إحدى النساء الريفيات إلى أن الكلمات القاسية والمهنية تجعل المرأة «**تشعر وكأنها مثل الحذاء القديم**». وقالت إحدى القاضيات أن «**الجروح سوف تشفى فى نهاية المطاف، ولكن الأذى النفسى سيظل موجودا إلى الأبد**»، وقد قدم الخبراء فى مجال الصحة العقلية توصيات بشأن كيفية تحديد الأذى النفسى.

ومن بين النتائج الهامة للدراسة، والتى أشارت إليها بعض النسوة، أن بعض الرجال يستخدمون تكتيكات معينة عند سوء المعاملة بأسلوب يجنبهم المسائلة القانونية.

«**أحياناً يضرب الرجل المرأة فى أماكن غير مرئية للمحافظة على الشكليات، حتى أن أمها تقول «ما أفضل هذا الرجل»**

أما رجال الريف، فقد أوضحوا من جانبهم أنهم على دراية بأن القانون يعاقب فقط فى حالة وجود آثار مرئية لسوء المعاملة... "**عليك أن تعرف كيف تعامل المرأة. أنا أضربها بالجانب المستوى من المنجل، ولكن إذا ما تعرضت للجانب الحاد فهنا تكمن المشكلة.. ينبغى أن نضرب النساء فى المواقع التى لا تظهر وخاصة على الظهر بالحزام. هذا لا يمثل خطوره لأنه مكان غير مرئى، ولكن إذا ما ضربتها على عينها، فهنا توجد مشكلة...**"

(رجل ريفى)

ومن هنا، فقد أتيح لدى المشرعين مبرر مقنع لتوسيع تعريف الأذى.

أما بالنسبة للعنف الجنسى اختلفت الآراء وخاصة بين الرجال والنساء. فرجال الريف يعتبرون ما يلى:

"**... إذا ما كان الزوج هو من يجبر زوجته إذن ليست المسألة اغتصاباً. ولكن فقط إذا ما ضربها فى نفس الوقت...**"

وفى المقابل، فإن غالبية النسوة يعتبرون الإكراه فى ممارسة الجنس فى العلاقات الزوجية نوعا من أنواع العنف:

"**إذا ما أجبرنى، فإننى أقدم أعذارا، ومشاعرى تتغير، وأجدنى أكره ما كنت أحبه ذات يوم**".

(امرأة ناشطة)

"**إن الإجبار على ممارسة الجنس أمر خطير، ويجعلنى أشعر بالذنب وخاصة إذا ما أصبحت حاملا**"

(امرأة شابة)

"**... إنه يجبرنى على ممارسة الجنس، ولكنه بداية يشتمنى، ويضربنى، ويأتى على أن أرضخ لأنه لا يوجد أى مكان آخر يمكننى الذهاب إليه، وأحيانا اشعر أننى لا أرغب فى الذهاب إلى أى مكان**".

(امرأة ناشطة)

ومن بين القضايا القليلة التى اختلفت حولها النساء - من خلفيات متنوعة - إلى حد كبير هى آراؤهن بشأن وجود علاقات جنسية للزوج خارج الزواج. فالمرأة الريفية تعتبر ذلك أحد الأشكال الخطيرة للعنف، ويرجع ذلك جزئيا لأنه يجعل الرجل غير مسئول ماليا: «**وعندئذ قد يصبح الأطفال غير قادرين على الذهاب للمدرسة ويتأتى على الزوجة أن ترسل أطفالها للعمل أو للاستجداء حتى يجدوا الطعام**». كما يؤدى ذلك أيضا إلى العنف البدنى: «**إنه يحتاج إلى عذر يغادر به المنزل، ومن ثم فسوف يضرب زوجته حتى يخرج ويرى المرأة الأخرى**». أما بالنسبة للنساء المتعلمات والحضريات، فلم يعتبرن الجنس خارج الزواج أحد أشكال العنف.

وفيما يتعلق بالتدابير الحمائية والعقاب، فيرى أغلب الناس، سواء الرجال أو النساء وأيضا المهذبين، أن التدابير الوقائية أفضل من العقوبات، وخاصة لأنهم يشعرون أن الأحكام بالسجن عادة ما تجعل الرجال أكثر عنفا ولذا فلا ينبغى اللجوء إليها إلا فى الحالات الخطيرة فحسب.

«**إن السجن لا يعمل على إصلاح الرجل.. فغالبية الرجال يخرجون من السجن أكثر عنفا مما كانوا عليه قبل دخولهم**».

(قاضى)

«**... أحيانا يؤدى السجن إلى تهدئة الرجال، وفى أحيان أخرى يجعلهم أكثر غضبا وبعض الرجال يخرجون من السجن ويقتلون المرأة من أجل الانتقام**».

(رجل ريفى)

ولقد شعرنا أن العقوبات لا تشجع النساء على إبلاغ العنف للشرطة، وخاصة النساء اللاتى يعتمدن ماليا أو روحيا على الزوج الجانى.

«**يقول لى زوجى دائما: «إذا ما ذهبت إلى السجن فمن الذى سيعيلك؟»**

(امرأة تتعرض للضرب)

وبالمثل لم تكن الغرامات تعد بديلا مناسبا لدى بعض السيدات، نظرا لان النقود ستؤخذ من دخل الأسرة وتسبب صعوبات أكبر للمرأة وأطفالها. ومع كل، فقد، اقترح القضاء أن يقوم. المذنب بتعويض الضحية بدفع النفقات القانونية والطبية.

وعلى الرغم من أن مصادرة أسلحة الزوج الذى يمارس العنف كانت تعتبر من الاجراءات المفيدة، فقد كانت النساء اللاتى يتعرضن للضرب يعتبرنها أمرا لا يقدم ولا يؤخر:

«.. يمكن أن ينتزعوا أسلحته، ولكن عليهم أيضا عندئذ أن ينتزعوا المقاعد والحبال - حتى يمنعوه من شنقى».

(امرأة تتعرض للضرب)

وبقدر ما يتعلق الأمر بالموارد المتاحة للنساء اللاتى يعشن فى ظل ممارسات العنف، فقد كانت غالبية المجموعات تعتبر أن الشرطة، ومراكز الصحة، والقضاء من المؤسسات التى يصعب النفاذ إليهما والحصول على المساعدة منها. أما الحليف الأفضل فى هذه الحالات، فكان يتمثل فى الأسرة والأصدقاء والكنيسة ومنازل النساء الأخريات اللاتى يتعرضن للضرب.

ممارسة الضغط فى الجمعية الوطنية

وقد تم تقديم نتائج المشاورات فى شكل شهادة رسمية إلى لجنة العدالة التابعة إلى الجمعية الوطنية، والتى تقرر ما إذا كان القانون سيقدم إلى الجمعية الوطنية. وقد تلقت الشبكة تحذيرات من أن القانون قد حصل على مراجعات غير مرضية وهناك احتمال للرفض. ومع كل، فقد أقرت لجنة العدالة فى تقريرها الختامى أنها اقتنعت بالدلائل المقدمة من جانب الشبكة وتقرر عرض القانون للنقاش، وإن كان فى صورته الضعيفة حيث ألغى مفهوم الأذى النفسي.وقد أدى ذلك إلى وضع عبء إضافى على عاتق الشبكة، إذ أصبح عليها أن تعمل على اقناع المشرعين ليس فقط بتأييد القانون، وإنما أيضا بالتصويت ضد توصيات لجنة العدالة والتى كانت تضم خبراء قانونيين ذوى نفوذ فى البلد.

ومع اقتراب فترة الانتخابات الوطنية التى كانت ستعقد بعد عدة شهور قليلة، كان هناك عدد من القوانين الهامة التى يتطلب الأمر التصويت عليها قبل نهاية الفترة التشريعية. إن أغلب هذه المبادرات كانت مقدمة من جانب الأنصار والمهتمين بالجوانب الاقتصادية الذين يملكون نفوذا أكبر مما لدى الحركة المعادية للعنف، مما يجعل من المرجح أن يزيل القانون الخاص بالعنف المنزلى نتيجة لأهماله، أو تتم الموافقة عليه، فى أحسن الأحوال، فى صورته الضعيفة. وحتى الآن، لم يتم إقرار القانون الخاص بالعنف المنزلى عن طريق أى من الأحزاب السياسية الكبرى ولم يحظ سوى بعدد ضئيل من المؤيدين فى الجمعية الوطنية. وقد قامت شبكة العمل النسائية بشن حملة جديدة، مستفيدة من الانتخابات، وذلك عن طريق تذكير المشرعين أن النساء فى يوم الانتخابات سوف يتذكرن من الذى أيد القانون ومن عارضه.

وقبل بدء التصويت بفترة وجيزة، بدأت الجماعات النسائية بعمل دعاية فى الصحف الأساسية فى التليفزيون والإذاعة حول نتائج الدراسة وبحوث المجموعة البؤرية، وذلك لحث المشرعين على الاضطلاع بدورهم فى مجال وضع نهاية للعنف المنزلى. ولقد أمكن جمع ما يزيد على ٢١ ألف خطاب فى غضون أسابيع قليلة وتقديمها للبرلمانيين شخصيا. وقامت النساء من كافة أنحاء البلد بزيارة الجمعية الوطنية يوميا، وجلسن خارج المبنى وهن يحملن اللافتات. وقد تم عقد منتدى عام حول الأذى النفسى حيث قدم الخبراء فى مجال القانون والصحة العقلية للمشرعين حججا إضافية يمكن استخدامها فى النقاش. وقد جرت ممارسات للضغط فى أروقة الجمعية الوطنية، وذلك عن طريق فريق من المحامين وعلماء النفس المعروفين الذين كانوا قادرين على تحديد المشرعين المتعاطفين من مختلف الأحزاب السياسية.

وقد تمكن هذا الفريق من صياغة مشروع تعديلات للصيغة الضعيفة من القانون، وذلك بتأييد من القادة الأساسيين فى مختلف الأحزاب السياسية، وكانت متاحة أثناء المناقشات لتقدم البدائل عند اختيار الصياغات. ونتيجة لهذه الجهود أصبحت للمناقشات «أولوية ملحة» فى جدول الأعمال، وقد أمكن حشد دعم شعبى كبير للقانون، بحيث يصبح التصويت ضد القانون يعنى الموافقة على ممارسة العنف ضد النساء، وهو الأمر الذى لم يكن أى سياسى يرغب فى القيام به فى عام الانتخابات. كان التصويت (فى أغسطس ١٩٩٦) بالاجماع؛ وقد اشتمل القانون الجديد على القضايا التى مارست الشبكة ضغوطا من أجلها، بما فى ذلك الأذى النفسى وقد بدأ العمل بالقانون فى ٩أكتوبر، أى قبل الانتخابات الوطنية بحوالى ١١ يوما.(٢٣)

بعد مرور عام

إن الاصلاحات القانونية تعد الخطوة الأولى على طريق جعل نظام العدل الجنائى أكثر استجابة لاحتياجات النساء اللاتى يتعرضن للضرب. وقد مر عام على إقرار القانون الخاص بالعنف المنزلى، تقوم الآن شبكة العمل والمحكمة العليا بمحاولة تقييم كيفية تطبيقه.

لقد تحققت بعض الانتصارات الهامة، بما فيها أول قضية من قضايا الأذى النفسى والتى جرت فى أغسطس ١٩٩٧، وأصبحت سابقة هامة يمكن الارتكاز عليها فى المستقبل. ومع كل، فإن أغلب حالات العنف المنزلى لم تصل إلى المحاكم، كما أن التدابير التى يجرى اتخاذها خارج المحكمة وألغاها القانون الجديد، ما تزال سارية وشائعة. هناك أيضاً مقاومة من جانب الشرطة والقضاء، حيث يعتقد كثيرون أن الأوامر التقييدية تنتهك من حقوق الرجال، بينما يشتكى البعض الآخر من أن وجود فجوات فى قانون الإجراءات الجنائية يجعل من الصعب تنفيذ القانون.

ولقد أمكن الكشف عن مدى عمق المقاومة، وذلك فى الملاحظات التى أبداها أحد قضاة المحكمة العليا فى احد المنتديات العامة:

«إن الرجل الذى يضرب زوجته لديه بالتأكيد سبب وجيه لذلك، وبالقطع قامت زوجته بما أثاره».

وهناك وجهة نظر عبر عنها أحد قضاة محكمة الاستئناف والذى يشغل منصب عميد إحدى كليات الحقوق المرموقة فى نيكاراجوا:

«إن الرجل الذى يضرب زوجته لسنوات عديدة يستحق السجن، ولكن يتأتى أيضا معاقبة زوجته على تحملها هذا الأذى لفترة طويلة، مقدمة بذلك مثلا سيئا أمام أطفالها».

وقد ألقت هذه النتائج الضوء على الحاجة إلى مضاعفة الجهود المبذولة لتدريب القضاة والعاملين بالشرطة والنشطاء فى المجتمع المحلى، بحيث يمكن أن تتعلم المرأة استخدام القانون الجديد بفاعلية، ونتيجة لذلك، فإن الحملة المعادية للعنف فى هذا العام موجهة على نحو خاص إلى منظومة العدالة الجنائية تحت شعار: «لتتوقف الحصانة.»

وحتى يومنا هذا، تعد نيكاراجوا من بين بلدان امريكا اللاتينية البالغ عددها ١٦بلدا والتى أدخلت اصلاحات على التشريعات الخاصة بالعنف المنزلى[٢٤] ويختلف نسبيا مدى ومضمون هذه القوانين، وقد امكن صدور بعضها بجهود قليلة من جانب النشطاء فى مجال حقوق المرأة. وتعتبر تجربة نيكاراجوا تجربة منفردة وذلك لعدد من الأسباب.

أولا، كانت شبكة العمل النسائية قادرة على التفاوض مع حلفاء استراتيجيين من مختلف المجالات الاجتماعية والسياسية، فى حين كانت ممسكة بزمام الأمور فى ذات الوقت، والأكثر أهمية أنها اضطلعت بالصياغة الأخيرة للقانون. إن مشاركة مهنيين معروفين، مثل القضاة ورجال الشرطة والعاملين بمجال الصحة العقلية والمتخصصين، فى المشاورات الخاصة بالقانون قد أسهم فى إضفاء المشروعية على هذه المبادرة أمام المشرعين والجمهور، كما خلق فى ذات الوقت شعورا عاما بالملكية.

ثانيا، إن البحوث التى أجريت فى هذا المجال، فضلا عما تم من عمل، قد أسهم فى إعطاء تأييد عام للقانون، كما أمد المشرعين بالمدخلات السياسية والتقنينية المطلوبة.

وإخيرا نجحت شبكة العمل فى حشد التأييد الشعبى للقانون، وذلك من خلال الاستخدام الخلاق لوسائل الإعلام، وتوزيع الكتيبات، فضلا عما شنته من حملات فى كافة أنحاء البلد. وكان ذلك كله يمثل أهمية حاسمة فى مجال الاحتفاظ بالقضية داخل البرنامج السياسى.

ومنذ تحقيق النصر التشريعى، كرس أعضاء شبكة العمل النسائية جهودهن للتخطيط من أجل المستقبل. إن الاقرار الشعبى بشبكة العمل وتزايد عضويتها يمثل فرصة لخلق وجود دائم فى مجال مراقبة تنفيذ القوانين والسياسة العامة فيما يتعلق بالعنف المنزلى. ومع كل، فإن ذلك يعنى توسيع وتقوية القدرة المؤسسية للشبكة. ويتوق أعضاء الشبكة إلى تأكيد مبادئ احترام الاستقلال الذاتى، مع الأخذ بعين الاعتبار التوازن القائم بين المشاركة السياسية الفعالة والديمقراطية الداخلية التى تمثل حجر الزاوية. وإذا ما حكمنا من واقع خبرة الماضى، يبدو من المرجح أن الحركة المعادية للعنف سوف تستمر فى خلق أرضية جديدة من أجل بناء الديمقراطية فى نيكاراجوا

كلمات شكر

يتوجه المؤلفون بالشكر إلى أعضاء الفريق البحثى للمجموعة البؤرية لما قدموه من اسهامات فى هذه الورقة البحثية وهم : أندريه هيريرا (UNAN-LEON) وروبن ريس (PUNTOS de Encuentro) وفاطمة ميلون (Centro Isnin) وروزى كوجلر (Centro de Adoles-centes, SI MUJER)، وباتريشيا كوادر (شبكة العمل النسائية ضد العنف). ويتقدم المؤلفون أيضا بشكر خاص إلى كل من: فيوليتا دلجادو، ولورى هيس، وآمى بانك، وإيزابل دوك، وذلك لمساهماتهم القيمة. وتجدر الإشارة إلى أن البحث قد حظى بدعم من جامعة أومىا والهيئة السويدية لتعاون التنمية الدولية.

للمراسلة:

يمكن للمراسلة، استخدام العنوان التالى:

Mary Ellsberg,
Domestic Violence Research and Education Project,
Nicabox 509, P.O. Box 02 - 5640,
Miami, FL, 33102, USA.
Fax: 505 -267 - 8269
E. mail: Provio @ibw. com. ni

المراجع والهوامش

١) راجع:

Heise L, 1996 Violence Against Women: Global Organizing For Change Future Intetvention Weth Battered Women And Their Families J Edleson Z Eisekovits (Eds) Sage London

٢) راجع:

Shradet Cox E 1994 Gender Violence And Womens healthn in Central Amereca. Women And Violence Realeries And Responses Worldwide Miranda Davies (Ed) Zed Books London

٣) إن هذه المعاهدة التى وقعت عليها كل الدول الأعضاء فى منظمة OAS فى مدينة بيليم دو بارا بالبرازيل (١٩٩٤) ومن ثم تم التصديق عليها من جانب الأغلبية تعد أهم وثيقة من نوعها فبالإضافة إلى إقرار المعاهدة بوضع الخضوع الذى تعانى منه النساء كسبب أولى للعنف المرتكز على نوع الجنس فإنها تحمل الدول مسئولية أفعال العنف الموجهة ضد النساء والتى تمارسها الدولة بشكل مباشر أو يمارسها المواطنون بشكل غير مباشر كما تحث الدول على اتخاذ التدابير اللازمة بما فيها الإصلاحات القانونية وذلك لمنع العنف والقضاء عليه

ولمساعدة النساء اللاتى يعانين من العنف ومطلوب من الدول أن تقدم على نحو دورى تقارير حول مدى التقدم المتحقق وما يحدث من انتهاكات للمعاهدة وذلك للجنة بين الأمريكية لحقوق الإنسان

٤) راجع

CHINCHILLA NS 1994 FEMINISM REVOLUTION AND TRANSITIONS IN NICARAGUA THE WOMENS MOVEMENT IN LATIN AMERICA PARTICIPATION AND DEMOCRACY JAqUETTE J (ED) WESTVIEW PRESS BOULDER

٥) راجع

CRIQUILLON A 1993 THE NICARAGUAN WOMEN'S MOVEMENT FEMINIST REFLECTIONS FROM WITHIN EPICA, WSHINGTON DC

٦) راجع:

MONTENEGRO S, 1997 UN MOVEMIENTO DE MUJERES EN AUGE MOVIMIENTO DE MUJERES EN CENTROAMERICA PROGRAMA REGIONAL LA CORRIENTE MANAGUA

٧) راجع:

KAMPWIRTH K 1996 THE MORHER OF THE NICARAGUANS: DONA VIOLETA AND THE UNO'S GENDER AGENDA LATIN AMERICAN PERSPECTEVES 23 (88) 67 86

٨) راجع:

MORALES CE 1995 FOTMACION CIVICA Y SOCIAL TOMO 1 PUBLICACION SAN JERONIMW 1995

٩) راجع:

WESSEL L 1991 REPRODUCTEVE RIGHTS IN NICARAGUA FROM THE SANDINISTAS TO THE GOVERNMENT OF VIOLETA CHAMORRO FEMINIST STUDIES 17:537-49

١٠) راجع:

OCON MD 1993 SERVICIOS ALTERNARIVOS DE SALUD DE LA MUHER EN NICARAGUA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD MANAGUA

١١) راجع:

RED FEMINISTA LATIONOAMERICANA Y DEL CARIBE CONTRA LA VIOLENCIA DOMESTESTICA Y SEXUAL BOLETIN 1997,17

١٢) كان يوم ٢٥ نوفمبر مكرسا ليكون يوم رفض العنف ضد المرأة وذلك في أول اجتماع نسوى عقد فى امريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبى عام نوفمبر وكان بهدف إحياء ذكرى أخوات ميرابال اللاتى تم قتلهن عام ١٩٦٠ فى جمهورية الدومينيكان عن طريق ديكتاتورية تروجيلو وفيما بعد تم تمدي الفترة إلى ١٦ يوم من العمل وذلك لربط يوم ٢٥ نوفمبر باليوم العالمى لحقوق الانسان فى العاشر من ديسمبر

١٣) راجع:

WESSEL L 1997 PROVIDING SANCTURAY FOR BATTERED WOMEN NICARAGUA'S CASAS DE LA MUJER ISSUES IN MENTAL HEALTH NURSING

١٤) راجع:

STPHENS B 1990 A DEVELOPING LEGAL SYSTEM GRAPPLES WITH AN ANCIENT PROBLEM RAPE IN NICARAGUA RUTGERS UNIVERSITY SCHOOL OF LAW NEW BRUNSWICK

١٥) إن قانون العقوبات فى نيكاراجوا والذى يعود إلى القرن التاسع عشر يرتكز فى تعريفة للاعتداء والضرب ليس فقط على فعل العدوان (كما هو الحال فى الولايات المتحدة الامريكية وبريطانياعديد من البلدان الأخرى) وإنما يرتكز بالأخرى على درجة من الاذى البدنى الناتج عن الاعتداء

١٦) راجع:

TRATAMIENTO POLICIAL Y JUDICIAL A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL E INTRAFAMILIAR CENTRO NICARAGUENSE DE DERECHOS HUMANOS MANAGUA1996

١٧) راجع:

NELSON S 1996 CONSTRUCTING AND NEGOTIATING GENDER IN WOMMEN'S POLICE STATIONS IN BARAZIL LATIN AMERICAN PERSPECTIVES,23:131-48

١٨) راجع :

VIGILADAS Y CASTIGADAS COMITE LATIOAMERICANO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DELA MUJER LIMA 1993

١٩) راجع:

ELLSBERG M EL .1996 CONFITES EN EL INFIERNO PREVALENCIA Y CARACTERISTECAS DE LA VIOLENCIA CONYUGAL HACIA S LAS MUJERES ASOCIACION DE MUJERES PROFESIONALES MANAGUA

٢٠) راجع:

ELLSBERG M ET AL 1997 EMOTIONAL DISTRESS AND DOMESTIC VIOLENCE RESULTS FROMM A POPULATION BASED STUDY IN NICARAGUA AMERICAN PSYCHOLOGIST (IN PRESS)

٢١) راجع:

على سبيل المثال أفعال مثل توبيخ الزوجة على الملأ وعدم إعطائها نقود لادارة شئون المنزل والضرب الذى يترك بعض الاثار والضرب أثناء الحمل وإجبار الزوجة على ممارسة الجنس وهى لا ترغب وإجبارها على ممارسة الجنس على نحو عنيف والسعى لممارسة الجنس خارج نطاق الزواج وغير ذلك

٢٣) راجع:

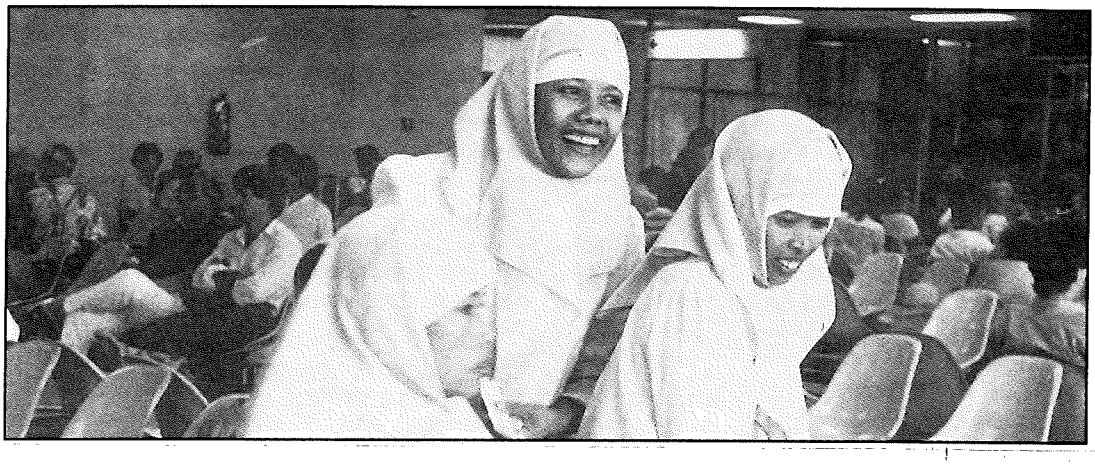
TEXTO Y EXPLICACION DE LA LEY NO 230 REFORMAS Y A DICIONES AL CODIGO PENAL PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA VIOLENCIA INTRAFARMILIAR RED DE MUJERES CONTRA LA VIOLENCIA MANAGUA 1996

٢٤) راجع:

CHIAROTTI S 1997 ESTRATEGIAS LEGALES FRENTE A LA VIOLENCIA LATINA Y EL CARIBE ISIS INTERMARIONAL (IN PRESS)

التحدى فى تناول قضايا نوع الجنس فى برامج الصحة الانجابية

أمثلة من أندونيسيا



فى عام ١٩٩٤، أكد المؤتمر الدولى للسكان والتنمية على المساواة بين الجنسين كشرط أساسى للصحة والتنمية، مع التأكيد فى ذات الوقت على الحاجة إلى تناول قضية خضوع المرأة، وكيف تؤثر سلباً على برامج الصحة الانجابية. ومع كل، ما يزال أولئك الذين يضطلعون بمسئولية تنفيذ هذه الأهداف العريضة يناضلون فى سبيل إيجاد سبل لتناول قضايا الوعى فى مجال نوع الجنس (Gender). وبالبدء من فرضية ضرورة المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة من أجل تحقيق الصحة الانجابية للمرأة، ومع الاستعانة بأمثلة من أندونيسيا، تقوم هذه الورقة البحثية بالتركيز على الطرق التى ترى من خلالها برامج الصحة الانجابية قضية المساواة بين الجنسين. كما تدرس قدرة نماذج التدخل القائمة فى مواجهة التفاوت بين الجنسين، على تحقيق الارتقاء بوضع المرأة. وتناقش هذه الورقة البحثية أيضاً المشكلات الكامنة فى المنهج الذى يقصر التركيز على المرأة، والمنهج الآخر الذي يركز على الرجل لتقديم الدعم للمرأة، وفى تحويل الأسرة إلى كيان مادى بديل على حساب أعضائها الأفراد. وأخيراً، تطرح الورقة ضرورة البحث عن مناهج جديدة بديلة لعمليات التدخل، مناهج من شأنها تجاوز الفاعلين الفرديين والتركيز على العلاقات.

بقلم/ روساليا سيورتينو

فى عام ١٩٩٤، تناول المؤتمر الدولى للسكان والتنمية، الذى عقدته هيئة الأمم المتحدة، موضوع العلاقة المركبة بين متطلبات الصحة الانجابية والجنسية للمرأة كفرد وبين سياسات التنمية والسكان العالمية. وانطلاقاً من نظريات ديموغرافية تقليدية، تم إعداد إطار جديد للصحة الانجابية يتناول قضية خضوع المرأة واعتبر أن تحسين وضعها يُعد هدفاً فى حد ذاته، بل ويمثل أهمية جوهرية للتنمية المستدامة وفقط من خلال معالجة العوائق فى كافة المجالات الاجتماعية، كما طرح المؤتمر، سوف تتمكن المرأة من ممارسة مزيد من السيطرة على حياتها الانجابية

والجنسية، وأن تعمل على نحو فعال من أجل تلبية احتياجاتها، وتحقيق مستو عال من الصحة والتنمية.[١] ولتمكين المرأة من التعامل مع المؤسسات الاجتماعية المعقدة التى تحد من قدرتها على النفاذ إلى معلومات الصحة الانجابية وخدماتها، أوصى برنامج العمل بعدد من السياسات والبرامج التى من شأنها:

"... تحسين تيسر نفاذ المرأة إلى تأمين حياتها ومواردها الاقتصادية، والتخفيف من مسئولياتها الكبيرة فيما يتعلق بالعمل المنزلى، و القضاء على العوائق القانونية التى تحول دون مشاركتها فى الحياة العامة، ورفع الوعى الاجتماعى من خلال برامج فعالة فى مجال التعليم والاتصال الجماهيرى".[١]

وارتكازاً على هذه المبادئ، هناك حاجة أن تضمن سياسات وبرامج الصحة الانجابية ممارسة المرأة لحقوقها الأساسية. وأنطلق فى هذه الورقة البحثية من اعتقادى بأن مواجهة قضايا المساواة بين الجنسين هو السبيل الوحيد الذى يتيح لبرامج الصحة الانجابية إمكانية تحسين صحة المرأة. ولهذا، فقد كانت نقطة تركيزى تتمثل فى الطرق التى تنظر من خلالها هذه البرامج إلى الطبيعة متعددة الوجوه لمسألة خضوع المرأة وتحاول تغييرها. ومع الاستعانة بأمثلة من أندونيسيا، قمت بدراسة قدرة النماذج القائمة فى مجال الصحة الانجابية على مواجهة التفاوت فى مجال نوع الجنس، والدعوة إلى مناهج أخرى بديلة.

قصر التركيز على المرأة

إن برامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية يقضى بأن التغيرات فى مجال العلاقات بين الجنسين يمكن تحقيقها من خلال تدخلات تتمركز حول المرأة من أجل تحسين وضعها. وكما قالت السيدة جرو هارلم، المدير العام الجديد لمنظمة الصحة العالمية والتى كانت رئيسة وزراء النرويج، فى كلمتها الافتتاحية بالمؤتمر الدولى للسكان والتنمية:

"نحن نعد بأن نجعل الرجل والمرأة متساويين أمام القانون، ولكننا نعد أيضاً بمعالجة التفاوت القائم بينهما وأن نعمل على النهوض باحتياجات المرأة بنشاط أكثر من احتياجات الرجل، حتى نصل إلى الحد الذى يمكننا عنده القول بأن المساواة قد تحققت"[٢]

وبإقرارنا بأن المرأة تقع فى موقع أقل تميزاً، فإن المنهج المتمركز حول المرأة "يسعى إلى مساندة قوة المرأة"[٣]، والبدء فى عملية يمكن للمرأة بمقتضاها أن تعمل على تقوية إرادتها وقدرتها على تحديد وفهم التمييز بين الجنسين والتغلب عليه، ومن ثم تتخذ المرأة مواقف بالأصالة عن نفسها[٤]. إن البرامج الحالية تتركز حول المرأة وهى موجهة نحو تمكين المرأة من تأكيد احتياجاتها وحقوقها الانجابية، وذلك للتعويض عن حالات عدم التوازن القائمة بين الجنسين فى مجالات العلاقات الجنسية والانجابية. وهناك جهود منتظمة يجرى بذلها للارتفاع بمعارف المرأة فى مجال الصحة الانجابية، والإمداد بالمهارات التى تحتاجها المرأة حتى تتمكن من امتلاك زمام الأمور فيما يتعلق بحياتها الانجابية، وأن تكتسب قدرة أكبر للنفاذ إلى خدمات الصحة الانجابية وعمليات اتخاذ القرار.

ومن القضايا الجديرة. بالدراسة ما إذا كانت مثل هذه التدخلات تفشل فى تعزيز عملية تمكين المرأة، بينما تنهض بنجاح بعملية التعلم من خلال فرضية أن "المعرفة قوة". وإننى أطرح هذه القضية هنا على نحو عاجل، نظراً لأننى أرغب فى دراسة فرضية أخرى لا تقل أهمية- ما إذا كان قصر التركيز على المرأة فى برامج الصحة الانجابية يقود بالفعل إلى تمكين المرأة. وتشير تجارب أندونيسيا إلى أنه ليس من المجدى بالنسبة للمرأة أن تؤكد على حقوقها الانجابية والجنسية فى المجال الخاص (الأسرة)، وهى غير قادرة على تحقيق ذلك فى المجتمع الأوسع؛ مثلما هو الحال فى مجتمع الباتاك الأبوى فى شمال سومطرة، حيث نجد المرأة شديدة الخضوع للرجل.

وفى عام ١٩٩٥، قامت منظمة "بينا إنسانى" غير الحكومية بإعداد برنامج مشترك لتعليم الصحة الانجابية والتدريب فى مجال نوع الجنس، وذلك للنساء القرويات فى منطقة بيماتانج سيانتار، بشمال سومطرة. وبعد مرور أكثر من عام، شعرت النساء بالراحة بشأن مناقشة قضايا الصحة الانجابية، وأصبحن واعيات بوضعهن الذى يفتقر إلى المساواة فى مواجهة أزواجهن فى هذا الصدد. كما شعرت النساء أيضاً بأنهن

قادرات على تحديد احتياجاتهن للعاملين فى المجال الصحى، وأصبحن لا يترددن فى طلب خدمات أفضل. ومع كل، فإن عملية التمكين هذه لم تصل إلى حياتهن الخاصة. لقد عبرت إحدى العاملات فى منظمة "بينا إنسانى" عن خيبة أملها فى أن النساء لم يكنّ مستعدات لتبادل قضايا الصحة الانجابية فى المنزل، وذلك لأنهن يعتقدن فى عدم إمكانية مواجهة أزواجهن. لقد بدت أيضاً غاضبة منهن:

"أتعرفين، ما تزال المرأة تسير خلف زوجها عندما يذهبان إلى الكنيسة أو إلى أى مكان عام. ألسنا أغبياء لأننا نحاول تمكين مثل هؤلاء النسوة من أن يصبحن على قدم المساواة فى غرف النوم؟"(٥)

لقد كانت نفس هذه النزعة الشكوكية بادية فى أحد الاجتماعات الدورية لمنظمة "بينا إنسانى" حول الصحة الجنسية. كانت مجموعة من النساء يجلسن على الأرض فى شكل دائرة وينظرن إلى المشرفة التى كانت تشرح الحاجة إلى وجود تواصل بين الزوجين من أجل منع الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية. وأخيراً، وجدت إحداهن الشجاعة للحديث وكانت باقى النسوة يومئن برؤسهن مشيرات إلى موافقتهن:

"عندما يطلب منى زوجى إحضار كوب من الماء، فإننى أقوم بذلك على الفور، ولا أناقشه، ولكن فقط أفعل ما يقال لى. أعلم أن هذا ليس عدلاً، ولكن هذا هو المتوقع من الزوجات. نحن لا نتحدث كثيراً. ولا نناقش الأمور فيما بيننا، فلم نعتاد على ذلك. فهذا ليس جزءاً من ثقافتنا. كيف إذاً يمكننى الآن أن أبدأ فى تناول قضايا حساسة جداً معه؟ لا يمكن أن أساله أبداً عما إذا كان لديه علاقة أخرى. كما أننى أعلم أنه يشرب أحياناً ويعود للمنزل فى فترة متأخرة كما يفعل عادة الرجال؛ ولكننى لا أسأل أبداً أين كان. كما أننا لا نناقش أيضاً ما إذا كنا نرغب فى ممارسة الجنس من عدمه. هذا يمكن أن يسبب مشاكل، لأنه يشعر بضيق شديد ويغضب إذا ما سلكت أى سلوك يعتبره غير مناسب"(٥)

وهناك إحدى النساء الناشطات فى مجال صحة المرأة فى شرق أندونيسيا، ولديها خبرة مماثلة أثناء مشروع الوقاية من مرض الإيدز(٦):

كثير من الرجال فى جزر فلورس يهاجرون إلى ماليزيا للعمل بصورة غير قانونية فى الزراعة، وعادة ما يجلبون معهم للمنزل بعض الأمراض التى يطلق عليها "أمراض المهاجر". وعادة ما يحصل الرجال العائدون إلى منازلهم على حقن بنسلين قبل ممارسة الجنس مع زوجاتهم. وعندما ناقشت أخطار فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسياً مع زوجات عدد من المهاجرين، قلت لهن أن البنسلين لا يقدم علاجاً ولكن الواقي الذكري يساعد في الوقاية؛ وعندئذ قالت إحدى السيدات: **"وماذا إذا تصور زوجى أننى لا أحبه؟"**

وبينما تختلف إلى حد كبير درجات القوة فى مجال نوع الجنس، عبر المكان والطبقة والمجموعة العرقية والأفراد، فإن السؤال يبقى دائراً حول ما إذا كان من الواقعى بالنسبة للمرأة أن تحصل على حقوقها الانجابية فى الوقت الذى لا تتمكن فيه من تأكيد حقوقها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية. ويبدو كما لو أننا واقعون فى دائرة خبيثة. فإذا كانت العلاقات الجنسية والانجابية لا ترتكز على المساواة بين الجنسين، فإن برامج الصحة الانجابية يمكن أن تخفق فى مساعدة المرأة على التغلب على ما يواجهها من أخطار. وفى نفس الوقت، نجد أن تأجيل مثل هذه البرامج حتى تحصل المرأة على موقع متساوٍ فى الأسرة وفى المجتمع يعنى أنها ستؤجل إلى أجل غير محدد، وهو ما يمثل خطورة على صحة المرأة.

وعلاوة على ذلك، هناك سؤال مطروح حول ما إذا كان من المفيد- من وجهة نظر برامج الصحة الانجابية- التركيز على المرأة على وجه الحصر. وهناك مثال تقليدى، وهو ذلك المتعلق ببرامج الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً/ مرض الإيدز، والتى تهدف إلى تمكين العاملين فى المجال الجنسى من المناقشة والجدل مع عملائهم فى الأمور الخاصة بالجنس الآمن، وذلك بتزويدهم بمعلومات ومهارات فى هذا المجال.(٧) وتوجد دلائل وفيرة على أن العاملين فى مجال الجنس كانوا واعين بالمخاطر المحيطة ويرغبون فى نشر استخدام الواقى الذكرى، ورغم ذلك لا يستطيعون لأن عملاءهم يرفضون.(٨) وفى إحدى البرامج التعليمية فى مجال مرض الإيدز المقدمة للعاملين فى مجال الجنس فى بورواكارتا ووسط جافا(٩)، نجد أن معارف العاملين فى مجال الجنس قد تحسنت كثيراً فيما يتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً وكيفية منعها لمدة ٦ شهور. ومع ذلك، فقد أفاد كافة العاملين فى المجال الجنسى بأنهم كانوا غير قادرين على تطبيق معارفهم ومهاراتهم الجديدة، ويرجع ذلك إلى موقفهم التفاوضى الضعيف فى مواجهة عملائهم. وقد لاحظ المؤلفون أن استبعاد العملاء الذكور من البرنامج يقلل من فعاليته؛ وعادة يصعب حماية النساء من الإصابة بالامراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية.

وتطرح هذه النتائج أن قصر التركيز على النساء يمكن أن يقلل من فعالية تعزيز حالتهن الصحية الانجابية.

وحتى إذا كانت البرامج التى تستهدف العاملين فى المجال الجنسى لم تحقق أغراضها للأسباب السابق ذكرها، فهناك أمثلة مشابهة تتعلق بالبرامج التى تستهدف الزوجات.[١٠] ونجد أن مؤسسة التنمية الريفية، على سبيل المثال، كانت تقوم بتنفيذ برنامج مشاركة للنساء المزارعات، وتربط بين تنمية المجتمع وتعليم الصحة الانجابية، وذلك فى السنتين الماضيتين. وتهدف هذه البرامج إلى تعليم النساء كيفية رعاية صحتهن ورفع وعيهن فى مجال الحقوق الانجابية.

لقد أدركت النساء المشاركات فى هذا البرنامج، من خلال الخبرة التى اكتسبنها أخيراً، أن أزواجهن، الذين عادة ما يهاجرون لفترات طويلة، قد يدخلون فى علاقات مع نساء أخريات ومن ثم تتعرض صحتهم للخطر. ومع كل، فلم تكن المعرفة والوعى اللذان اكتسبنهما النساء يساعدان على تمكينهن. بل على العكس، لقد شعرن بالإحباط نتيجة لعدم قدرتهن على مشاركة مخاوفهن مع أزواجهن، وذلك لأنهن يعتقدن أن الرجال سيغضبون إذا ما شعروا "بعدم ثقة" الزوجات، بل ويمكن أن يلجأوا لاستخدام العنف مع زوجاتهم. كما شعرت النسوة أيضاً أن الأساليب التى تلقينها بشأن الوقاية ليست مناسبة، وخاصة لأن الرجال هم الذين يستخدمون الواقى الذكرى.[١١] وبالاضافة إلى ذلك، كانت النسوة يعتبرن أن الواقى الذكرى وسيلة غير مناسبة للعلاقات طويلة الأمد، وخاصة إذا ما كان الزوجان يخططان لإنجاب أطفال. ونتيجة لذلك، شعرت النسوة بقلق شديد، وهو الأمر الذى لا يؤدى إلى تحسين أوضاعهن ولا إلى رفاهيتهن.

وبالمثل، بدأت الجمعية الاندونيسية للتنمية الريفية والمجتمعية فى برنامج مبتكر لرفع الوعى، وكان ذلك فى عام ١٩٩٤، وموجهاً إلى النساء الداعيات فى المدارس الاسلامية فى ريف جافا ومادورا. وكان البرنامج يقدم لهن تفسيرات تتمركز حول المرأة فى مجال الحقوق الانجابية، وذلك فى إطار تعاليم الإسلام.[١٢] وأثناء فترة تقييم البرنامج، أفادت النسوة أنهن قد أصبحن واعيات بالتفسيرات الفقهية الجديدة بشأن وضع المرأة فى الأسرة وفى المجتمع الإسلامى، وشعرن بأن هذا الوعى الجديد يؤدى إلى تحسين صحة المرأة. كما أفدن أيضاً بأنهن قد تعلمن مهارات جديدة حول كيفية تقديم الحجج وأن الدين يقف إلى جانبهن. ومع كل، فلم يكن هؤلاء النسوة يعرفن كيف يمكن تطبيق هذا الوعى الجديد فى مجال الحياة الخاصة، وخاصة أن أزواجهن غير مقتنعين بهذه التفسيرات الفقهية ذاتها.

وكان الرجال، عندما يشعرون بتحدى المرأة، يقولون أن الاسلام قد حدد أن الرجل هو المسئول عن استخدام وسائل منع الحمل، وعدد الاطفال، وتوقيت ممارسة الجنس وكيفيته. وفى رأى هؤلاء الرجال أن المرأة عليها فقط أن تذعن لما يقرره الرجل. ونتيجة لذلك، كانت المرأة تمر بخبرات قاسية. لم تعد النساء مقتنعات بالنماذج الدينية القديمة التى لا تضع فى اعتبارها الاحتياجات الانجابية للمرأة، ومع ذلك فقد شعرن بأنهن غير قادرات على تأكيد النماذج الجديدة التى أصبحن واعيات بها. وعلاوة على ذلك، كانت النسوة مقتنعات بأن الجهود الرامية إلى تغيير سلوك أزواجهن فى القضايا الجنسية والانجابية إنما تعنى هدم حياة الأسرة، وهو الأمر الذى لم تكن النسوة يرغب فى المخاطرة به. لقد اخترن الصحة الانجابية الضعيفة والعلاقات الجنسية غير المرضية بدلاً من المستقبل غير الآمن.

وقامت النساء المشاركات فى هذين البرنامجين بتقديم التماس إلى المنظمات غير الحكومية المشاركة من أجل توجيه جهودها نحو الازواج وليس الزوجات، وذلك على ضوء الدور المهيمن للرجل فى مجالى الانجاب والنشاط الجنسى.[١٣] ودونما إلغاء لكثير من النجاحات الايجابية التى حققتها البرامج المتمركزة حول المرأة والخبرات المتحققة فى بلدان أخرى وصحة قيمها، فإننى أصل من هذه الأمثلة وغيرها إلى نتيجة مؤداها أن برامج الصحة الانجابية فى اندونيسيا، والتى تقصر التركيز على المرأة، لم تكن قادرة- فى المدى القريب على الأقل- على تحدى عدم التوازن فى مجال نوع الجنس، والقائم فى العلاقات الجنسية والانجابية. ويمكن أن يرتبط هذا الأمر بانتشار النزعة الأبوية، والتى تُعد أساسية بالنسبة للبنية الكلية للتقسيم الاجتماعى الطبقى فى أندونيسيا، مع وجود الاب/ الزوج باعتباره مصدراً للسلطة والقيادة، والأم/ الزوجة باعتبارها الطرف الخاضع.[١٤]

"..... تدعو مؤسسات الصحة وتنظيم الأسرة لأن تصبح هذه المجالات تحت سيطرة المرأة، وهو الأمر الذى يخلق الارتباك فى المجتمع الأبوى، حيث تقع كل السلطة فى يد

القيادة التى يمثلها "بصورة طبيعية" الرجل".[١٥]

وقد كان هناك جدال بشأن تغيير علاقات نوع الجنس فى المجال الخاص، وأن هذا التغيير أكثر صعوبة من تحسين الأدوار فى مجال نوع الجنس فى الميدان العام.[١٦] أو يمكن أن يكون "إخفاق" برامج الصحة الانجابية المتمركزة حول المرأة أمراً قصير الأمد، طالما أن الأزمات الشخصية، فى عملية التحول الاجتماعى، يمكن أن تؤدى إلى تحفيز التغير فى العلاقات فى مجال نوع الجنس. ومهما كانت دقة هذه التصورات، فإنها لا تغير من حقيقة أن المرأة الاندونيسية لا تقف بمفردها فى دعواها من أجل توجيه مزيد من الاهتمام للرجل فى إطار برامج الصحة الانجابية.

"لا يمكن أن نترك الرجال خارج المعادلة"[١٧]

لقد أصبح الرجال موضوعاً "شائعاً" تركز عليه المداخلات الخاصة بالصحة الانجابية. فى الماضى، كانت برامج تنظيم الأسرة تسعى إلى مشاركة الرجال، وذلك من أجل زيادة استخدام الواقى الذكرى أو غيره من وسائل منع الحمل. أما فى أندونيسيا، فقد بدأت فى باكورة السبعينيات الجهود الرامية لزيادة الاستخدام الذكورى لوسائل منع الحمل؛ وفى عام ١٩٧٤، تأسست رابطة أندونيسيا لاستخدام الوسائل الدائمة لمنع الحمل، وجاء تأسيسها من أجل تقديم خدماتها فى مجال منع الحمل عن طريق ربط القناة المنوية.[١٨] وفيما بعد، كانت مشاركة الرجال تعتبر ضرورية من أجل دعم النساء اللاتى يستخدمن وسائل منع الحمل، حيث أثبتت الدراسات التى أجريت فى المناطق الريفية والحضرية أن موافقة الزوج كانت تمثل عاملاً هاماً فى استخدام الزوجة لوسائل منع الحمل.[١٩]

وللرجال تأثير شديد الأهمية، حتى أن بعض المؤلفين قد ذهبوا بعيداً إلى حد الزعم بأن التغيرات فى السلوك فى مجال الخصوبة يمكن أن تحدث حتى "فى غياب الاتصال الزوجى أو اشتراك المرأة فى عملية صنع القرار الخاص بالانجاب". ومن هنا، يتأتى على البرامج أن تركز على الرجال وتحثهم من أجل أن يصبحوا "قوة إيجابية فى جهود تنظيم الأسرة داخل العائلة".[٢٠]

ومؤخراً، ونتيجة لجهود الوقاية من مرض الإيدز،[٢٠] أصبح مفهوم المشاركة الذكورية مطروحاً بحيث أخذت البرامج تركز على مسئوليات الرجال الجنسية والانجابية. إن برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية يشجع الرجال على المشاركة فى كافة المجالات المرتبطة بالانجاب البشرى وتكوين الأسرة، بما فى ذلك مسئولية الوالدين، والسلوك الجنسى والانجابى، والحيلولة دون الأمراض المنقولة جنسياً، ومشاركة الأسرة فى السيطرة على دخلها وتحقيق رفاهية الأطفال.[٢١] إن هذا الاهتمام المتجدد بدور الرجل يرتكز فى الأساس على الإقرار بسلطتهم المطلقة فى كافة مجالات الحياة البشرية تقريباً:

"فى كثير من الأحيان، يتخذ الرجال القرارت الخاصة باستخدام المرأة لوسائل منع الحمل، ويفرضون الشروط التى من خلالها تمارس المرأة نشاطها الجنسى، وأحياناً ما يفرضون ذلك باستخدام العنف. وحتى فى المجتمعات التى يفترض فيها أنها حديثة، ما تزال المرأة تجد صعوبة في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتها، حيث تقيدها العادات والقوانين التى تعطى للرجل السلطة لمنع المرأة من إجراء عملية التعقيم أو استخدام إحدى وسائل منع الحمل على سبيل المثال"[٢٢]

ولذلك، فقد بزغ نموذج بديل للتدخل على النحو التالى:

"إن برامج السكان التقليدية قد ظلت لأكثر من أربعة عقود مُعدة للتنفيذ مع تحيز لنوع الجنس- للمرأة ... وينبغى تغيير هذا التحيز. هناك ثورة تحدث: الرجال وتأثيرهم على استخدام النساء لوسائل منع الحمل والاستمرار فيها؛ الرجال ودورهم فى منع الامراض المنقولة جنسياً بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الايدز؛ الرجال وسلوكهم تجاه تنظيم الأسرة والوسائل الذكورية لمنع الحمل؛ وغير ذلك. وتشير هذه الأمور إلى الطريق نحو جدول أعمال لبرنامج فى مجال السكان/ الصحة الانجابية، والذى يجب أن يضم الرجال حتى يصبح برنامجاً فعالاً على المدى البعيد"[٢٣]

ومع كل، هناك تناقض واضح يبدو عندما يجرى تبرير الشكاوى الخاصة بإهمال البرامج للرجال والدعوة من أجل مشاركة أكبر لهم عبر الإشارة إلى الدور القوى للرجال فى العملية الانجابية. إن هذا المنطق يثير شكوكاً حول المزاعم القائمة بأن "الرجال كانوا متروكين خارج الصورة" وأنهم "قد تم تقليص دورهم إلى شريك صامت". وإذا كان هذا هو الوضع، كيف أن غالبية مديرى سياسات وبرامج الصحة الانجابية فى آسيا من الرجال، بل وأيضاً فى أغلب البلدان يتولى الرجال مسئوليات تتعلق بتقديم المشورة فى الأمور التى تخص النشاط الجنسى وتنظيم الأسرى إلى العملاء الذين يتكونون أساساً من النساء؟[٢٤] هل ينبغى تعزيز هذه

المشاركة للرجال أم تقليصها لصالح مزيد من التوازن فى مجال نوع الجنس؟

أما فيما يتعلق بأندونيسيا، فماذا عن حقيقة أن المرأة الاندونيسية يجب أن تحصل على موافقة زوجها إذا ما كانت ترغب فى استخدام إحدى وسائل الحمل أو فى الاجهاض؟ وعلى سبيل المثال، قمت بإجراء مقابلة مع إمرأة أندونيسية ذهبت إلى عيادة خاصة كانت تجرى عمليات الاجهاض عند وجود أسباب طبية أو فى حالات إخفاق وسائل منع الحمل.[٢٥] لقد كانت هذه المرأة تستخدم وسائل الحمل الرحمية لأكثر من خمسة أعوام، ولكنها حملت مع ذلك، ولم تكن مستعدة للاحتفاظ بحملها. أدرك الطبيب الممارس مشكلتها وطلب منها أن تحضر وثيقة زواجها وتستدعى زوجها. وهنا أصابتها الحيرة والارتباك وقدمت عدداً من الأعذار قبل أن تعترف بأن زوجها لا يوافق على قرارها. وبالتالى رفض الطبيب الممارس مباشرة إجراء الإجهاض وأصطحبها إلى باب العيادة.

وهناك مثال آخر يوجد بين النساء المهاجرات اللاتى يرحلن للخارج، وغالباً فى الشرق الأوسط وهونج كونج، للعمل، ولكن قبل سفرهن يجبرهن أزواجهن على وقف استخدام وسيلة منع الحمل. لا يرى الزوج ضرورة لأن تستمر زوجته فى استخدام ما يحميها من الحمل طالما يحدث انفصالا بينهما. وتفعل المرأة ما يقال لها طالما أن أى سلوك آخر سوف يجرى تفسيره باعتباره نية لخيانة الزوج. ومع كل، فلا توافق النساء دائماً. فلقد سمعن عن حالات كثيرة من الاعتداء الجنسى، والحمل غير المرغوب فيه نتيجة لذلك، تتعرض له النساء المهاجرات، وفى مثل هذه الحالات يتم ارسال المرأة إلى وطنها ومعها طفل لا ترغب فيه، كما لا يرغب فيه أقاربها.[٢٦]

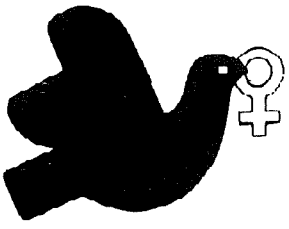
وعلى الرغم من أن الرجال، فى مثل هذه الحالات، يعتقدون أن الأمر يدخل في حدود مسئوليتهم وحقهم إلا أن ذلك يعني تجاهل استقلالية المرأة. وإذا كانت قراراتهم لا تتوافق مع الزوجات، عادة ما ينتهز الرجال فرصة وضعهم المهيمن من أجل فرض إرادتهم. وإذا كان المنطق القابع وراء إشراك الرجل يكمن فيما لديه من سلطة وإمكانية أن يقوم "بتحفيز" المرأة، هناك خطر كبير فى أن سيطرة المرأة على جسدها يمكن أن تصبح أقل حتى عما كانت عليه من قبل.[٢٧] ومع افتراض أن السيطرة على المرأة ليس هو الهدف الذى يراه غالبية المدافعين عن "إشراك الرجل"، فإن التحدى يصبح كيفية إشراك الرجل باسلوب يدعم تحرر المرأة ولا يؤدى إلى فرض علاقات غير متكافئة فى مجال نوع الجنس.

وأحد الآراء فى إطار تحرر المرأة، يقول بأن إشراك الرجل فى موضوع الصحة الانجابية لا يشكل أهمية فحسب فى سياق اتخاذ قرار مسئول ومشترك فى مجال الجنس والانجاب، بل ويشكل أهمية أيضاً فى مجال النهوض بالمساواة بين الجنسين.[٢٨] ومن المتوقع أن يصبح الرجال أكثر تعاطفاً مع احتياجات المرأة، ويراجعون كافة أشكال السلوك التى تؤثر تأثيراً سلبياً على صحة المرأة بدنياً وعقلياً، ويعملون على تأييد النساء فى ممارسة حقوقهن.

إن هذا النموذج يفترض ضمناً أن عدم المساواة بين الرجل والمرأة يمكن التغلب عليه عن طريق دعوة الرجال إلى التخلى عن سيطرتهم على النساء وقبول مشاركتهن في السلطة، بدلاً من أن تسعى النساء بمفردها للحصول على القوة والاستقلال من الرجال. إن ذلك يمثل تحولاً استراتيجياً من تمكين المرأة لحماية صحتها وتأكيد حقوقها الانجابية، إلى تشجيع الرجل على حماية صحة المرأة واحترام حقوقها- كما لو أن المرأة أصبحت لا تحتاج إلى المجاهدة من أجل تحقيق رفاهيتها لأن هذه الرفاهية سوف تُمنح لها.

ويرى البعض أن الاعتقاد فى استعداد الرجل لقبول التخلى عن هيمنته وميزاته هو اعتقاد ساذج وغير واقعى. مع الأخذ بعين الاعتبار بطء خطى زيادة عدد الذكور الذين يستخدمون وسائل منع الحمل فى آسيا، بما فى ذلك أندونيسيا،[٢٩] فإن أية مشاركة متصورة للرجال تتجاوز استخدام وسائل منع الحمل تبدو ضرباً من ضروب التفاؤل. وعلاوة على ذلك، نجد أن النموذج الأصلى "للرجل الكريم المسئول"، كما يرسمه برنامج الصحة الانجابية، عادة ما يبعد كثيراً عن حياة الناس، ولكنه يمثل مثلاً ايديولوجياً، وعادة ما يكون نخبوياً.

وهناك مثال فى اندونيسيا يُطلق عليه "الرجل الصديق للأم"، وهو نموذج لدور الرجل مقترح من جانب "الحركة الصديقة للأم"، والتى شنتها الوزارة من أجل دور المرأة فى عام ١٩٩٦ وتهدف إلى تقليص ذلك المعدل المرتفع من وفيات الأمهات.[٣٠، ٣١] ويتبنى النموذج مُثل الارستقراطية فى جافا،



مؤكداً على وجود التوافق والانسجام فى العلاقة بين الزوج والزوجة. وارتكازاً على الفرضية القائلة بأن المرأة الحامل تموت لانها "لا تحظى بحب زوجها"، هناك دعوة للرجل ليحب زوجته، ويكرس كامل اهتمامه بها ويلبى لها رغباتها حتى تلد، دون أن يفكر فيما يتطلبه ذلك من فترة زمنية أو من مال.[٣٢] والرجل مدعو، باعتباره قائد الأسرة، إلى المساهمة فى تقليص معدل وفيات الأمهات، وذلك بحث زوجته الحامل على الذهاب إلى قابلة متطورة، وأن تأخذ التحصين اللازم ضد مرض التيتانوس، وأن تأكل الغذاء المفيد، كما أن الرجل مدعو أيضاً إلى إدارة شئون اسرته باسلوب يقلص الأعباء الواقعة على كاهل الزوجة الحامل.[٣٣] وبكلمات أخرى، من المتوقع أن يتصرف الزوج باعتباره "قائداً كريماً". إن وضعه المتفوق يظل دون مساس، ولا يتأثر بالجهود المبذولة لتحقيق المساواة بين الجنسين.

وهكذا، فحتى البرامج التى تعمل على النهوض بمشاركة الرجل بما يتناسب والاحتياجات الصحية للمرأة يمكن ألا تؤدى إلى مزيد من المساواة أو المشاركة فى المسئوليات. فبدون تعريفات واضحة حول مسئولية الرجل وتعرضه للمحاسبة، نجد أن حتى هذه البرامج لها تأثير يتمثل فى جعل المرأة أكثر اعتمادية على حسن نوايا شريكها.

وتدعم الأمثلة الواقعية مثل هذه المخاوف. ففى مشروع رائد لإشراك الرجال فى قضايا الصحة الانجابية للمرأة بدأ فى جاكارتا مؤخراً، تم عرض فيلم فيديو يظهر فيه زوج يصاحب زوجته إلى الطبيب. وهنا قامت عديد من النساء الحاضرات بالتعليق:

"فى ثقافتنا، عادة لا يذهب الرجال مع زوجاتهم إلى الطبيب، وإذا ما ذهبوا فإنهم ينتظرون خارجاً. فى هذا الفيديو يبدو الرجل شديد النشاط ودائماً ما يأخذ المبادرة... كما أنه يوجه العديد من الأسئلة للطبيب. ومن الجيد أن يوضح الفيديو أن الرجل يمكن أن يلعب دوراً. ولكن لماذا تبدو المرأة سلبية بهذه الكيفية؟"[٣٤]

وهناك برنامج آخر فى جنوب سولاويزى يهدف إلى زيادة التواصل الزوجى فى القضايا المتعلقة بتنظيم الأسرة، وكان لهذا البرنامج أثر غير متوقع يتمثل فى أن الرجال الذين شاركوا فيه قد توقفوا عن الاعتماد على زوجاتهم فى اتخاذ قرار بشأن وسيلة منع الحمل المستخدمة، وبدأوا فى اتخاذ القرار بأنفسهم، وعادة بما يتلاءم معهم. وفى برنامج مشابه، ازداد دعم الرجال لزوجاتهم فى مجال استخدام وسائل منع الحمل، فى حين تناقص استخدامهم للوسائل الذكورية لمنع الحمل، بما لا يحقق دائماً رضا الزوجات.[٣٥]

كما يمكن ألا ترغب النساء دائماً فى وجود دور نشط للرجال. فعلى سبيل المثال، من بين ٥٠ امرأة تستخدم وسائل تنظيم الأسرة كانت هناك نسبة تصل إلى ٢٥٪ لا توافق على اللجوء إلى وسيلة التعقيم المنوى للازواج، ويرجع ذلك إلى أن الزوجات كن يخشين من أن يؤدى ذلك بالازواج إلى خيانتهن بسهولة.[٣٦]

إن الموضوعات التى تثيرها هذه الامثلة تحتاج للمتابعة، كما أن البحوث حول دور الرجل فى مجال قضايا الصحة الانجابية للمرأة بدأت الآن بالكاد، وما تزال البرامج المطروحة فى هذا المجال محدودة.[٣٧] وهناك حذر من تجنب إمكانية أن يؤدى "إشراك الرجال إلى زيادة تمكينهم- بمعنى مزيد من عدم تمكين المرأة".[١٧]

إضفاء الطابع المادى على الأسرة

إذا كان التركيز على أحد الجنسين فقط يمكن أن يحافظ على، بل ويقوى، عدم المساواة بينهما، إذن يمكن القول بأن برامج الصحة الانجابية تحتاج إلى تجاوز إنشغالها بالأفراد من أجل مواجهة عدم المساواة هذا. إن المحاولات التى جرت مؤخراً للتدخل على مستوى الأسرة، باعتبارها أصغر وحدة اجتماعية، يمكن أن تبدو للوهلة الأولى وسيلة للخروج من هذا المأزق، طالما أن هذا المدخل لا يفصل بين المرأة والرجل وأطفالهما، وإنما يعالج الأمر برمته. ويجادل مؤيدو هذا الطرح بأن التركيز على الأسرة:

".... يقدم مدخلاً أكثر شمولاً، وفى نفس الوقت تركيبياً، طالما أن الأسرة تمثل الانعكاس الكلى- على المستوى الشعبى- لنواحى القوة والضعف فى بيئة الرفاهية الاجتماعية والتنموية".[٣٨]

وتعتبر أندونيسيا واحدة من البلدان التى اتخذت من "مدخل الأسرة" استراتيجية لها. ففى باكورة أعوام التسعينيات، قام المجلس الوطنى لتنسيق تنظيم الأسرة بالبدء فى سياسة "الأسرة المزدهرة"، وذلك من أجل توسيع مهمته إلى ما يتجاوز تنظيم الأسرة. وقد جاء هذا المفهوم مع صدور القانون رقم ١٠ لعام ١٩٩٢ حول "التنمية السكانية وتنمية الأسر المزدهرة"، وهو القانون الذى يحدد الخطوط العريضة لتعريف الأسرة ووظائفها[٣٩]، فضلاً عن تعريف الأهداف الكلية لحركة رفاهية الأسرة.[١٥] ومنذ ذلك الحين، أخذ تركيز البرامج المتعلقة بالسكان يتحول

تدريجياً نحو تحسين الوضع الاقتصادى- الاجتماعى للأسرة بدلاً من الوضع الديمو غرافى والصحى للأفراد.(٤٠) وتفخر أندونيسيا أن استطاعت القيام بذلك قبل مؤتمر القاهرة، وأن "تتحرك إلى ما يتجاوز" برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية و"ثنائية نوع الجنس". وقد صرح هاريونو سويونو، وزير السكان ورئيس المجلس الوطنى لتنسيق تنظيم الأسرة، بما يلى:

"لا يكمن هدف أندونيسيا فى تمكين المرأة أو الرجل؛ وإنما فى تمكين الأسرة. وبدءاً من الزواج القانونى والعلاقة المنسجمة بين الزوج والزوجة، فإن التمكين يزداد مع قدرة الأسرة على انجاز وظائف بعينها، والمساهمة فى النهوض بالتنمية".(٤١)

إن الجهود الحكومية موجهة نحو مساعدة كل أسرة أندونيسية، وخاصة الأسر المعرضة للتأثر، وذلك حتى تتمكن من أداء ما يُطلق عليه وظائفها الثماني الأساسية، وهى تحديداً "الدين، والجوانب الاجتماعية- الثقافية، والحب والرعاية، والحماية، والانجاب، والاختلاط الاجتماعى والتعليم، والاقتصاد، والحفاظ على البيئة".(٤٢) إن البرامج والسياسات المتعلقة بالانجاب تهدف إلى تقوية قدرة كل أسرة على تطوير سلوك انجابى مسئول وملائم، وهو ما يتحدد عن طريق الصحة والمؤشرات الأخلاقية. وتعتبر الأسرة أن "السلوك المسئول" هو ذلك الذى يؤمن بالله، ولديه معرفة كافية فى مجال تنظيم الأسرة والقضايا الأساسية للصحة الانجابية، ولديه طفلان فقط، ويعيش حياة صحية، ولا يسلك أى سلوك "غير أخلاقى". أما التقشف قبل الزواج، والأمانة الزوجية، وتعليم الآباء للشباب حياة الأسرة، إنما تمثل جميعها أموراً حيوية لاستمرار بقاء الأسرة كوحدة. وبالنسبة للأسر التى لا تلبى كافة هذه المعايير، فهى تعتبر أسرا "معرضة للتأثر" وتحتاج إلى اهتمام خاص.

وهناك تدخلات معينة ذات معايير أكثر دقة. ففى البرنامج الخاص بمرض الايدز، قام المجلس الوطنى لتنسيق تنظيم الأسرة بتصنيف الأسر طبقاً لمخاطر التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية. وفى هذا السياق، فإن "الأسر التى تضم أعضاء مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الايدز"، و"الأسر التى يعمل بعض أفرادها فى قطاع الترفيه"، و"الأسر التى تعيش فى حالة عدم وفاق" كلها يجرى تصنيفها باعتبارها الأكثر تعرضاً لمخاطر الإصابة وتحتاج إلى رعاية اجتماعية وطبية.(٤٣)

وإذا ما تركنا جانباً الاعتبارات المتعلقة بالآثار الناجمة عن التمييز، فضلاً عن المغالاة فى الجوانب الاخلاقية فى هذا المدخل، فمن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن الخصال الفردية تُعزى إلى الأسرة بأكملها؛ والأسرة كوحدة- وليس أفرادها- تصبح مسئولة عن السلوك فى المجالين الجنسى والانجابى. ووفقاً لنفس هذه الخطوط، يمكن القول بأن الصحة الانجابية للأسرة، وليس لأعضائها المنفردين، تصبح معرضة للخطر. ومن هنا، يقوم برنامج الحكومة لصحة الأسرة بالنهوض "بالحياة الصحية للأسرة" و"استخدام الأسرة للخدمات الحديثة فى مجال الصحة". إن الاحتياجات والحقوق الصحية الفردية للرجال وللنساء قد اختفت، وحلت محلها الاحتياجات والحقوق الجماعية.

وفى حين تبدو هذه العملية جذابة من الناحية الفكرية نظراً لما تشتمل عليه من ثنائية ذكورية- أنثوية، نجد أن مفاهيمها من الناحية العملية عسيرة، نظراً لان "الأسرة" بهذه الكيفية لا تسلك باعتبارها وحدة أو مجموع لأجزائها. وعلى الرغم من أن بعض المصطلحات مثل "الحملة التعليمية فى مجال صحة الأسرة" أو "عيادة صحة الأسرة" يجرى استخدامها بتزايد عن طريق البعض فى مجال الصحة الانجابية، فإن الأمر يختلف بالنسبة للأسرة، حيث لا ينخرط كافة أفرادها فى نفس الوقت أو بنفس الدرجة فى هذه العملية. وإذا كان أعضاء الأسرة الأفراد هم موضوع تركيز هذه التدخلات، فما الذى يختلف هنا إذن عن المداخل أو المناهج السابقة؟

وعلاوة على ذلك، فإن المدخل الذى يرتكز على الأسرة لا يقدم نموذجاً فعالاً لدعم المساواة بين الجنسين. بل على العكس، فمعاملة الأسرة كوحدة متماسكة، فى إطار هذا النموذج، إنما يؤدى عملياً إلى إخفاء ديناميات نوع الجنس الداخلية، وغيرها من ديناميات القوة. أما عن كيفية تفاعل الرجل مع المرأة- أو هنا: أولياء الأمور مع الأطفال- فهو أمر لا يجرى بحثه أو لا يوضع بعين الاعتبار.

الخاتمة

التركيز على العلاقات(٤٤)

إن هذا الاستعراض للمفاهيم وأمثلة البرامج يطرح أن التركيز على الأسرة لا يعد مناسباً فى مجال تناول قضايا نوع الجنس، وأن هناك حاجة للجوء إلى طرق أخرى من شأنها تجاوز الحدود الضيقة لقصر التركيز على تمكين المرأة أو إشراك الرجل وتحمله للمسئولية. وإذا لم يكن الهدف تغيير المرأة أو الرجل نفسيهما، وإنما تغيير قوة العلاقة القائمة بينهما إلى علاقة تتسم بمزيد من المساواة، فإن:

"... بدلاً من الحديث عن زيادة مشاركة أحد الجنسين، يصبح من المفيد الحديث عن الزيادة و النقصان فى درجة عدم المساواة"(٤٥)

وبتبنى وجة نظر ديالكتيكية بشأن البنية أو القوة، فإن الجيل الجديد من البرامج يجذب الانتباه إلى العلاقة المبنية على التبادل بين الرجل والمرأة.(١١) إن المنحى الأساسى الذى يبرز يسعى إلى إشراك مختلف الفاعلين فى مختلف المراحل. إن منظمتين غير حكوميتين من المنظمات الاندونيسية التى سبق الإشارة إليها أصبحت لا تقصر عملها على العمل مع النساء. فالجمعية الأندونيسية للتنمية الريفية والمجتمعية ما تزال تقوم بتنظيم ورش عمل للمدرسات المسلمات، ولكنها بدأت أيضاً فى إدارة حلقات نقاشية للقادة المسلمين من الجنسين؛ وهو الأمر الذى يؤدى إلى النهوض بالوعى فى مجال نوع الجنس والحقوق الانجابية من وجهة النظر الدينية، كجزء من الجهود الواسعة لخلق مجتمع إسلامى عادل. وبالمثل، تقوم الآن مؤسسة التنمية الريفية بإشراك أزواج النساء التى تقوم المؤسسة بتدريبهن، وذلك فى لقاءات فصول مدرسية بالحقول.

وعلى مر الزمن، أصبحت هاتان المنظمتان تؤمنان بأن "تمكين المرأة" قبل "إشراك الرجل" يمثل أكثر استراتيجيات التدخل ملائمة، على الأقل فى السياق الأندونيسى. ففقط عندما تتسلح المرأة بالمعلومات والمهارات اللازمة، فإنها سوف تشعر بأنها قادرة على التواصل بشكل مفتوح مع الرجل، بل ومواجهته إذا ما تطلب الأمر ذلك:

"أحد الموضوعات التى طُرحت فى اليوم الأول من حلقة المناقشة ذات الأيام الثلاثة، فى باكورة عام ١٩٩٧ ومن تنظيم الجمعية الاندونيسية للتنمية الريفية والمجتمعية، كانت تتركز حول الأعراف الدينية التى تمنع المرأة من أداء الصلاة الدينية فى فترة العادة الشهرية. أما بالنسبة للنساء اللاتى يعانين من النزيف كأحد الأعراض الجانبية لاستخدام وسائل منع الحمل، فإن هذه القضية تعد من القضايا الضاغطة على نحو خاص. وطبقاً للفقه الإسلامى، يمكن للمرأة أداء الصلاة أثناء النزيف فقط إذا ما كان هذا النزيف ناجماً عن مرض ما، ويطرح الذكور من القادة الدينيين أن الإسلام يقول بأن المرأة تعتبر مريضة بعد أن يمر ثمانية أيام على النزيف، وعندئذ بإمكانها أداء الصلاة، والهدف من ذلك هو التفريق بين النزيف الناتج عن الدورة الشهرية والنزيف الناتج عن مرض ما؛ كما يطرحون أيضاً أن لون الدماء وما إذا كان يستمر لأكثر من ١٢ ساعة، من بين العوامل التى يجدر وضعها بعين الاعتبار. ولم توافق النساء المشاركات فى الحلقة النقاشية على ذلك. وقد احتجت إحداهن قائلة أن "**الواقع يختلف عن المذهب**". وقد وافقت على كلامها بحماس باقى النساء المدرسات وقلن أن الرجل لا يفهم جسد المرأة. "**كيف يمكن للمرأة التفريق بين لون الدماء؟**"، و"**متى ينبغى أن تبدأ فى الحساب لتحصى مرور ١٢ ساعة؟**". وتلى ذلك مناقشة حول مدى صحة دراسة النصوص الدينية من زاوية نوع الجنس. وقد وافق كل من الرجال والنساء على الحاجة إلى إيجاد تفسيرات جديدة تقف إلى جانب المرأة، وقد قرروا العمل فى هذا الاتجاه. ويجرى الاجتماع الآن بصورة منتظمة لدراسة ومناقشة النصوص الدينية وثيقة الصلة بالموضوع".(٤٦)

فى هذا النموذج، اكتسبت النساء بداية بعض المعارف المرتبطة بالموضوع، وأصبحن قادرات على تحقيق التضامن فيما بينهن بحيث تصبح أصواتهن مسموعة. ونتيجة لذلك، لا يمكن للرجال أن يسيطروا بسهولة على عملية صنع القرار أو يصرون على الإبقاء على الوضع الراهن. أما بدء العمل عن طريق إشراك الرجال قبل محاولة تمكين المرأة، فلا يبدو استراتيجية ناجحة.

ولا ينبغى التقليل من شأن التحديات التى يتطلبها هذا الموقف. فعندما يدرك المجتمع المحلى أحد البرامج باعتباره موجهاً للنساء، يصعب فى هذه الحالة إشراك الرجال بدرجة واسعة.(١٦) وقد اكتشفت ذلك مؤخراً منظمة "بينا إنسانى"، وكان ذلك عندما بدأت المنظمة فى توسيع برنامجها للصحة الانجابية حتى يشمل ورش عمل مشتركة للرجال والنساء، وكان هناك حضور محدود للرجال.(٤٧)

ومن هنا، يجدر اختيار التوقيت المناسب، فضلاً عن اختيار استراتيجيات تشرح للمجتمع المحلى أن البرنامج يهدف إلى إشراك الرجال إلى جانب النساء فى مختلف مراحله. ويرى أعضاء المنتدى الاندونيسى لصحة المرأة أن اختيار اسم البرنامج يجب أن يعكس تركيزه على نوع الجنس، مع تجنب استخدام كلمات مثل "الصحة الانجابية للمرأة" أو "الصحة من منظور المرأة". ويقترح أعضاء المنتدى استخدام مصطلحات مثل: "الصحة الانجابية للرجل والمرأة" أو "الصحة من منظور نوع الجنس". كما يجادل أعضاء المنتدى أيضاً بضرورة إعداد البرامج بصورة لا تبدو معها أنها موجهة للمرأة فقط، وإنما تمثل أهمية بالنسبة لصحة الرجل أيضاً.(٤٨) وإلى جانب تشجيع الرجال على استخدام

الواقى الذكرى من أجل "حماية زوجته وأطفاله"(٤٩)، من الأهمية بمكان أيضاً التأكيد على أن الرجال يحتاجون للواقى الذكرى من أجل حماية أنفسهم أيضاً.

وهناك منحى آخر يتسم بكليته- وإن كان أكثر تعقيداً- يتمثل فى البدء فى الانشطة- فى مجال الصحة الانجابية مع مختلف الجماعات فى نفس الوقت. فالمجتمعات المحلية الريفية الصغيرة يمكن تقسيمها إلى جماعات معينة وفقاً للجنس أو السن أو الحالة الزوجية أو الطبقة الاجتماعية- الاقتصادية. وكل جماعة من هذه الجماعات تقوم بممارسة الأنشطة المعنية فى مناخ من الخصوصية والثقة. ويمكن أن تلتقى هذه الجماعات مع بعضها البعض بصورة دورية من أجل تبادل وجهات النظر والقيام بأنشطة مشتركة.(٥٠) وعلى سبيل المثال، فإن الرابطة الاندونيسية لتنظيم الأبوة، والتى تعمل فى جامبى بجنوب سومطرة، قد قامت بتطوير برنامج للصحة الانجابية يعمل من خلال تقسيم القرويين إلى أربع مجموعات: مجموعة للرجال المتزوجين، ومجموعة للنساء المتزوجات، ومجموعة للرجال البالغين، ومجموعة أخيرة للنساء البالغات. وعلى الرغم من أن هذه المجموعات الأربعة تتناول موضوعات مختلفة، فهناك موضوعان مشتركان وهما: الحقوق الانجابية والمساواة بين الجنسين، وتتبادل المجموعات الأربع الرأى ووجهات النظر حول هذين الموضوعين فى اجتماعاتهم المشتركة. إن كل مجموعة، من خلال اكتسابها لوعى جديد، قد استطاعت أن تضع لنفسها خطة عمل مع متابعة للأنشطة.(٥١)

وتقوم منظمة "بينا إنسانى" باستخدام منهج مشابه، ومن ثم تعمل على تشجيع الزوجين- فى القرية التى بدأت المنظمة العمل فيها- على مناقشة قضايا الجنس والصحة الانجابية، ورفع الوعى فى مجال عدم المساواة بين الجنسين. لقد أمكن تحدى الكثير من القوالب النمطية الجامدة، مما أسفر عن تغير سلوكى هام فى العلاقات القائمة بين الرجل والمرأة. وهناك تقييم تم بعد مرور عام، واعتمد على مقابلات مع رجال ونساء، وأوضح أن معدل عنف الرجل مع المرأة قد تقلص، كما لم يعد الرجل يجبر زوجته على المعاشرة الجنسية.(٤٧)

ومع أن تقييم أثر هذا التوجه الجديد فى برامج الصحة الانجابية ما يزال مبكراً، فإن النتائج الأولية تبدو واعدة وتؤكد على أهمية البحث عن استراتيجيات جديدة يمكن استخدامها وتنفيذها وفقاً للسياق الاجتماعى- الثقافى، وهو التحدى الذى يقف الآن أمام المهنيين العاملين فى مجال الصحة، كما يقف أمام النشطاء فى هذا المجال. وفقط من خلال الإبداع وتجنب الاتجاهات النمطية، يمكن إدراك وتناول قضية نوع الجنس فى اطار العلاقات الاجتماعية المحيطة.

كلمات شكر

لقد تم تقديم نسخة من هذه الورقة البحثية إلى مؤتمر IUSSP الذى انعقد فى بكين فى شهر أكتوبر ١٩٩٧ وأتوجه بالشكر إلى أعضاء المنتدى الاندونيسى لصحة المرأة، وبوجه خاص إلى كامالا شاندراكيرانا سويتجاكموكو، وناتالى كولمان، وإنداه نوردیانا، ونينو ك وديانتورو، وليز ماركوس، وأتاشندارتينى هابسجاه، وذلك لما قدمنه من مشورة ومساعدة فى هذه الورقة البحثية. وتجدر الإشارة إلى أن الآراء التى تعبر عنها هذه الورقة البحثية هى آراء الكاتبة ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر مؤسسة فورد.

للمراسلة:
يمكن استخدام العنوان التالى:
Rosalia Sciortino,
Ford Foundation, S. Widjojo,
th floor, Jl. Jend. Sudirman 71, ١١
Jakarta 12190
Indonesia
Fax: 62- 21- 252- 4078
HYPERLINK mail- e. mail: r. *
sciortino@fordfound.org to:sciortino@fordfound.org

المراجع والهوامش

١) المؤتمر الدولى للسكان والتنمية، الفقرة ٤-١ عام ١٩٩٤.
٢) راجع:
Germaine A, Kyte R, 1995. The Cairo Consensus: The Right Agenda for the Right Time. International Women's Health Coalition, New York.
٣) راجع:
Klugman B, 1996. ICPD Plan of Action: its ideological effects. Health Transition Review.6(2):225-29.
٤) راجع:
Challenges after Cairo. Arrows for Change 1995; 1(1):11. Resources for Women's Reproductive Health in the Third World. International Women's Health Coalition, New York, 1989.
٥) من ملا حظات مأخوذة أثناء زيارة لمتابعة المشروع، بيماتانج سيانتار، نوفمبر ١٩٩٦.
٦) راجع:
Galuh Wandita, field consultant, Indonesia Programme. Oxfam Australia, personal communication.
٧) راجع:
Alexander P, 1990. Provisional guidelines for sex

ga Berencana Pada Suami Di Daerah Kota Dan Desa Di Propinsi Jawa Tengah, Jawa Timur Dan Nusa Tenggara Timur. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Jakarta.
Habsjah A, Diao Ai Lien, Favoriati D, 1996. Men and Reproductive Health: Understanding Their Potential Roles. Population Council, Jakarta.
Hidayana I, 1996. Men's roles, sexuality and reproductive health. (Unpublished).

٢٠) راجع:
Karra MV, Stark NN, Wolf J, 1997. Male involvement in family planning: a case study spanning five generations of a South Indian family. Studies in Family Planning. 28(1): 24-34.

٢١) المؤتمر الدولى للسكان والتنمية، فقرة ٤-٢٧، عام ١٩٩٤

٢٢) راجع:
Gomez A, 1997. The challenges of gender. Women's Health Journal. 1:29-34.

٢٣) راجع:
Moi-Lee L, 1996. Putting men on the agenda. Innovations. 4:1-13.

٢٤) راجع:
Piet-Pelon NJ, Ahmed-Al-Kabir, 1996. Highlights of regional male involvement family planning programme; and Alauddin M, Rafiquz Zaman Ak 1996 Males as FP-MCH-RH servive providers. In: Male Involvement in Family Plannin: A Chanllenge for the National Programme. Workshop Proceedings. NIPORT/GTZ/Populating Council/AVSC International.

٢٥) إن القانون الاندونيسى حول الاجهاض يتسم بالمحافظة؛ وعلى الرغم من صدور قانون جديد فى عام ١٩٩٢، لم يتم تنفيذه بعد. راجع:
Djohan E et al, 1993. The attitude of health providers towards abortion in Indonesia. Reproductive Health Matters. 2(November): 32-40.2

ومع كل، فإن بعض المستشفيات الخاصة، مثل المنظمة غير الحكومية الواردة هنا، تقدم خدمات الإجهاض- فى إطار خطوط مرشدة صارمة- للنساء المتزوجات اللاتى يأتين فى صحبة أزواجهن. راجع رقم (١٩) أعلاه.

٢٦) راجع:
Prihatini Ambaretnani, Riawati S, Mustary C et al, 1996. Pelatihan mengenai wanita dan kesehatan bagi tenaga kerja Indonesia wanita. Project report.

٢٧) راجع:
Haberland N, personal communication, 1997.

٢٨) للاطلاع على المزيد حول مميزات توسيع دور الرجل فى العملية الإنجابية من أجل الرجال أنفسهم، وما إذا كان التأكيد على احتياجا ت الصحة الانجابية للرجل يمكن أن يسفر عن تناقص الموارد والخدمات المقدمة للمرأة، راجع:
Mundigo A, 1995. Men's Roles, Sexuality, and Reproductive Health. International Lecture Series on Population Issues; and all features in Reproductive Health Matters No. 7, 1996.

٢٩) راجع:
Meliala N, 1995. Men's participation in family planning: how far does it go? Conveying concerns: Women Writes on Male Participation in the Family. Population Reference Bureau, Washington DC.

٣٠) راجع:
Maternal deaths are currently estimated at 450 per 100,000 live births, the highest in Southeast Asia.

work related AIDS prevention interventions. (Unpublished). de Zalduondo B, 1991. Prostitution viewed cross-culturally: toward recontextualizing sex work in AIDS intervention research. Journal of Sex Research. 28(2): 223-48.

٨) راجع:
Dyer C, 1996. Rape ruling sets legal precedent. Guardian, 20 March. Rojanapithayakorn W, Hanenberg R, 1996. The 100% condom program in Thailand. AIDS. 10(1):1-7. Shephard B, 1996. Masculinity and the male role in sexual health. Planned Parenthood Challenges.2:11-14.

٩) راجع:
Suyanto, Kuncoro B, Setiawan D et al., 1997. Pelembagaan Penggunaan Kondom di Kalangan Pramunikmat. Pusat Penelitian Kependudukan UGM, Yogyakarta.

١٠) إن الوصف المقدم للمشروعين يرتكز على انشطتهما خلال عام ١٩٩٦.

١١) قارن مع:
Compare with: Giffin K, 1998. Beyond empowerment:heterosexualities and the prevention of AIDS .Social Science & Medicine. 46(2):56 -151

١٢) راجع:
Sciortino R, Marrcoes Natsir L, Mas'udi M, 1996. Learning from Islam: advocacy of reproductive rights in Indonesian pesantren. Reproductive Health Matters 8 November):86-96.

١٣) ونتيجة لذلك، بدأ المشروعان فى إشراك الرجال فى برامجهما. يمكن الرجوع إلى أنشطة مؤسسة التنمية الريفية؛ راجع:
Sri Hadipranoto S, Wijaya H, Santoso H et al, 1996. Empowering women farmers through men. Innovations, 4: 15-28.

١٤) را جع:
Suryakusuma J, 1991. State ibuism: the social construction of womanhood in the Indonesian new order. Asian Vision, 2: 46-71.
Suryakusuma J, 1991. The state and sexuality in the Indonesian new order. Paper presented at Perspeca: Women in Society, tives on Gender in Indonesi History and Media, University of Washington, Seattle, 15-16 June.

١٥) راجع:
Hull T, Hull VJ, 1995. Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. Paper presented at John Caldwell Seminal 'The Continuing Demographic Transition'. Canberra, 14-17 August

١٦) هذا الراى مُقدم من جانب أعضاء المنتدى الأندونيسى لصحة المراة، ١٢ فبراير ١٩٩٨.

١٧) راجع:
Berer M, 1996. Men (Introduction). Reproductive Health Matters, 7(May): 7-18.

١٨) راجع:
Azrul Azwar, 1993. Some notes on male participation in the Indonesian family planning pro gram. Majaiah Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2: 124-27.

١٩) راجع:
Mantra IB et al, 1994. Tingkat Penerimaan Keluar-

٣١) راجع:
Gerakan Sayang Ibu. Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita, Jakarta, 1996.

٣٢) راجع:
Rumusan Lokakarya Percepantan Penurunan Angka Kematian Ibu. Kantor Menteri Negara Urusan Peranan Wanita, Jakarta, 1996.

٣٣) راجع:
Woodhouse SJ, 1996. Sambutan Kepala Perwakilan UNICEF pada Lokakarya Evaluasi Gerakan Sayang Ibu. UNICEF, Yogyakarta.

٣٤) راجع:
Murniati A, 1997. Ayah dan kesehatan reproduksi keluarga. Report prepared for Population Council.

٣٥) المعلومات مستقاة من الفصل الخاص بسولازى، منظمة المستهلك الاندونيسى.

٣٦) راجع:
Widyantoro N, Habsjah A, Fajar Aviatri M et al, 1995. Laporan akhir memperbaiki sistim informasi dan pemilihan metoda kontrasepsi oleh klien. Re search report,POGI and Pusat Kajian Wanita UI.

٣٧) للاطلاع على عرض للموضوع، راجع:
Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health. Technical Report 28. UN Population Fund, New York, 1995.

٣٨) راجع:
Sokalski H, 1993. Aims of the International Year of the Family. Development. 4:6-16.

٣٩) فى سياق هذه السياسة، فإن الزوجين الذين لديهما أطفال، أو أحد الوالدين يكون مطلق أو أرمل ولديه أطفال، يمكن اعتبارهم "يشكلون أسرة".

٤٠) راجع:
Haryono Suyono, 1996. Prosperius family development. Intgration. Fall: 27-33.

٤١) راجع:
BKKBN Statement, 1996.

٤٢) هاريونو سويونو، ١٩٩٥. السياسة الخاصة بزيادة دور المرأة فى تطوير رفاهية الأسرة. خطاب لوزير الدولة للسكان/ رئيس NFPCB فى الاجتماع الأول للجنة الاستشارية لدراسات المرأة، بوجور، ٩ يناير.

٤٣) راجع:
Pedoman Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS Melalui Peningkatan Ketahanan Keluarga. BKKBN/Kantor Menteri Negara Kependudukan, Jakarta, 1995.
Buku Pegangan Tentang Pembangunan Keluarga Sejahtera Sadar IIIV/AIDS Bagi Petugas Lapangan Keluarga Berencana. BKKBN/Kantor Menteri Negara Kependudukan Jakarta, 1995.

٤٤) راجع:
Nichter M, 1997. Male responsibility and women's sexual health: considering women and men together. Community-based Programmes for Adolescent Sexual Health and Domestic Violence against Women. Pimpawun Boonmongkon, Anjana Suvarnanand (eds). Mahidol University, Bangkok

٤٥) راجع:
Helzner J, 1996. Men's involvement in family planning. Reproductive Health Matters. 7(May): 146-54.

٤٦) راجع:
Lies Marcoes, coordinator, P3M programme on reproductive rights in Islam, personal communication, 5 February 1998

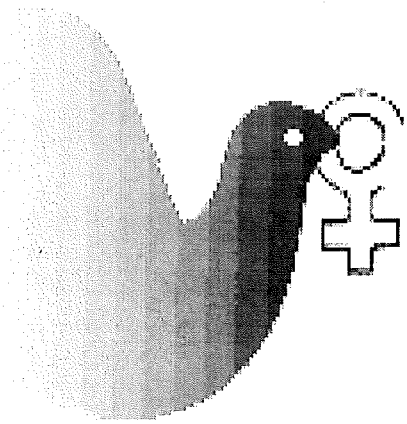
٤٧) راجع:
Enhancing reproductive health status in the rural area: a community approach. ICOMP, 1998. (Unpublished).

٤٨) راجع أيضاً:
Faisel A, Jahiruddin Ahmed, 1996. Role of men as the users of contraceptive methods. Male Involvement in Family Planning: A Challenge for the National Programme. Workshop Proceedings. NIPORT/ GTZ/Population Counci/AVCS International.

٤٩) راجع:
Messages for men. *HYPERLINK Outlook:1997; 14(3):5 Outlook:1997;

٥٠) راجع:
Welbourn A, 1995. Stepping Stones. Action Aid London

٥١) مراسلات المشروع بين IPPA فى جامبى ومؤسسة فورد بمكتبها فى جاكرتا.



إطلالة

خبرة النساء

حول الفحص المهبلي

تبحث هذه الدراسة حقيقة آراء النساء حول الفحص المهبلي الذي يجريه أطباء النساء والتوليد .

وقد تم ذلك خلال لقاءات معمقة مع ثلاثة عشر سيدة من أعمار مختلفة وخلفيات متعددة بعد أن أجرى لهن فحص مهبلي فى العيادات لأول مرة .

وقد قالت غالبية النساء إنهن كن عصبيات قبل إجراء الفحص ولكنهن شعرن أن الفحص ضروري لاكتشاف وجود أمراض نسائية وبالنسبة للكثيرات كانت التجربة نفسها أقل إثارة للرعب مما توقعن قبلها .

وكان شعور النساء بأنهن يملكن بعض السيطرة على الموقف ويستطعن التحكم يمثل شيئا هاما لديهن وبعضهن رأين أن جنس الطبيب له بعض التأثير . وإن استعداد الطبيب أو الطبيبة للإجابة عن أسئلة المريض وشرح حالتها كان هاما لبناء الثقة عند المريضة وإعطائها الشعور بسيطرتها على الموقف وقد شعرت النساء بالتجربة و كأنهن يحملن رموزا جنسية وعديدات منهن عبرن عن شعورهن بعدم الأمان وأنه قد تم كشفهن، وبشكل عام اختلفت العوامل باختلاف النساء ولكن الاستجابات السلبية القوية كانت قليلة بينهن، وقد أبدى المؤلفون وهم أطباء أن رغبة النساء فى أجراء هذا الفحص تعتمد على اعتقاد غير واقعي فى القوة التشخيصية لهذا الأجراء للكشف عن الأمراض المختفية . هل يستحق الفحص كل هذه الثقة ؟ ولو لم يكن يستحقها فان موافقة المريضة على اجرائها والمبنية على المعلومات تصبح وهما . ويكون هناك عدم توازن حقيقي للقوى أكثر خطورة مماظهر فى كلام السيدات .

لا تراجع

كفاح قرية مصرية للقضاء على الختان

كتاب من إصدارات مركز القاهرة مبنى على بحث ميداني فى قرية دير البرشة التي تم فيها جهد من قبل لجنة المرأة والقيادات المحلية و الدينية فى القرية للتصدى لظاهرة ختان الإناث أسفر عن انخفاض ملحوظ فى معدلاته مقارنة بالمعدلات فى قرى مصر الأخرى وينتظر أن يستمر هذا الجهد و يتوج بتوقف كامل عن ممارسة هذه العادة العنيفة.

ويتناول الكتاب مقدمة حول الختان و أنواعه، و علاقته بطقوس المرور لمرحلة البلوغ، وأيضا انتشاره فى مصر، ورأى الأديان فيه، و موقف منظمات حقوق الإنسان و الدولة منه ثم يتطرق لمعلومات عن القرية المعنية دير البرشا و قرية استخدمت لأخذ عينة ضابطة هي قرية البرشا المجاورة لها . كما يقدم تحليلا لدور الهيئة القبطية الإنجيلية فى القرية ودور لجنة المرأة والقيادات الدينية المحلية.

وقد استخدمت الباحثة أسلوب المسح الواسع من خلال استبيان مقنن وزع على ٥٠٠ أسرة فى دير البرشا و ١٠٠ أسرة فى القرية الضابطة كما تم إجراء خمس عشرة مقابلة معمقة مع نساء ورجال من القرية.

وقد خلص البحث لعدد من العوامل تضافرت للوصول لموقف مناهضة الختان وهى:

أ) الجهود التنموية التي تمت فى القرية على مدى عقدين.

ب) تأثير هجرة الرجال المؤقتة للعمل خارج البلاد.

ج) تأثير العامل الديني حيث تبنت القيادات الدينية التوعية بالختان و ضربوا أمثلة بأنفسهم بأن رفضوا ختان بناتهم.

ان هذه الدراسة هي رد بليغ على من يعتبرون الدعوة لمنع الختان اعتداء على الخصوصية الثقافية للمجتمعات التي تمارسه.

لا تراجع : كفاح قرية مصرية للقضاء على الختان

سلسلة مبادرات نسائية. مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان

د. آمال عبد الهادى

أثر الخدمات الصحية على وفيات الأمهات فى بنجلاديش

قدمت الدراسة التى تمت فى بنجلاديش دلائل على أهمية مؤسسات رعاية الأمومة المرتبطة بالمجتمع. وقد لوحظ نقص ذو دلالة إحصائية فى معدلات وفيات الأمهات أثناءالولادة خلال ثلاث سنوات من تطبيق برنامج رعاية الأمومة فى بلده مطلب مقارنة بمعدلات الوفيات فى السنوات الثلاث السابقة بنفس البلدة.

وفى مقارنة بين المناطق التى تحظى بأعلى خدمات فى مجال رعاية الأمومة وتنظيم الأسرة ومناطق أخرى لا تتمتع بنفس الميزة خلال العشرة سنوات التالية لعام ١٩٧٧، لوحظ أن المناطق الأولى انخفض فيها معدلات الوفيات الناتجة عن الولادة ولكن أحد المناطق فى المجموعة الثانية أعطت نفس النتائج رغم عدم توفير الخدمة فيها.

تشير الدراسة إلى أهمية الحرص عند عمل استقصاء قصير المدى باستخدام مؤشر واحد، وتناقش التعقيد الذى نواجه به عند تقييم برامج الأمومة الأمن معندما يستحيل عمل دراسات عشوائية ولكنها منضبطة.. وعندما تكون جزء من فاعلية البرامج مرتبطة بفاعلية النظام الصحى بأكمله.

Ronsmans C,Vanneste AM, et al, 1997. Decline in matermal mortatily in Matlab, Bengladish: a cautionary tale. Lancet. 350 (20 Dec): 1810 - 14.

أثر الانجاب على الوظائف الجنسية فى سكوتلاندا

تم عمل استقصاء حول المشاكل الصحية بعد الولادة وتأثير الرضاعة الطبيعية على السلوك الجنسى. ثم أخذ عينة عشوائية قدرها ٢٠٪ من كل الولادات فى منطقة واحدة من اسكوتلاندا. وحصلت ١٢٤٩ سيدة بعد أسبوع من الولادة على استبيان يسألهن عن خبرتهن أثناء وجودهن بالمستشفى. وبعد ٨ أسابيع حصلن على استبيان آخر فى منازلهن للسؤال عن الأحداث اللاحقة وحصلت نصف العينة على استبيان ثالث بعد ١٢ - ١٨ شهر سألت النساء وسط أسئلة أخرى - عن اعادة نشاطهن الجنسى بعد الولادة، واستخدام وسائل منع الحمل؟ وهل حدثت مشاكل لها علاقة بالجماع؟ وهل بحثن عن حل لهذه المشاكل ومن أى مصدر؟

وقد لوحظ أن ٧١٪ نجحن فى استعادة نشاطهن الجنسى بعد ٨ أسابيع وأن ٩٥٪ منهن كانت حياتهن الجنسية مستقرة خلال ١٢ شهرا. وقد تم الابلاغ عن مشكلة جنسية واحدة لـ ٤٣٪ من العينة خلال ثمانية أسابيع، و٥٠٪ بعد ذلك. وكانت تتراوح بين آلام فى المجاة، اكتئاب وارهاق. ولوحظ أن الرضاعة الطبيعية ارتبطت فى تقرير الثمانية أسابيع الأولى بنقص الاهتمام الجنسى بغض النظر عن الارهاق والاكتئاب، ولكن هذا التأثير لم يستمر وقد احتاجت ٧ من النساء للمساعدة والمشورة بشأن هذه المشاكل، ولجأت ٦٣٪ منهن إلى طبيبها العام وفى الاستبيان النهائى قالت السيدات أن الطبيب العام تناقش معها فى مشاكل منع الحمل ٧٦٪، وأن ٣٤٪ من الحالات ناقشت طبيبها فى مشاكل تخص العلاقة الجنسية والجماع.

إن العلاقة القوية بين آلام العجان والمشاكل الجنسية قد تكون علاقة سببية وتحتاج لتوجه ورعاية خاصة لمنطقة العجان أثناء الولادة، أيضا، يلاحظ أن عدد ضئيل من النساء بحثن عن المشورة وربما يكون هذا لرؤيتهن للمشكلة على أنها بسيطة أو ستحل بنفسها، ولكن أيضا قد يكون مظهر لعدم اكتراث الطاقم الطبى والذى ينبغى تدريبهم على التعامل مع المشاكل الجنسية بعد الولادة.

Glazener, 1997. Sescual lunction after chilabirth: Womens experiences, persistant morbidity and lock of professional recognition. Britishjournal of obstetrkes and gGy naclolgy. 104 (3): 330 -35.

عادة ما يقال أن وضع المرأة لم يكن عسيرا، كما هو الآن، عندما كانت المجتمعات الإفريقية أكثر تقليدية في أساليبها، وذلك لأن المسئولية الجماعية بين أفراد الأسرة كانت تضمن إمداد المرأة بالمساعدة الواجبة للقيام بأدوارها المختلفة. ومن المثير للسخرية، في أيامنا الحالية التي يقع فيها على أكتاف المرأة المزيد من المسئوليات، أن تفتقد المرأة كثيرا من العون الذي كانت تعتمد عليه في الماضي.

استر سمبوا ناجوا

ويشعر الطرفان بعدم الرضا نتيجة لتغير الأدوار، والتي لم يخترها أي منهما وإنما أملاها تغير الظروف. ومن بين التبعات التي تظهر على الرجل، نجد الخيانة الزوجية والعنف (من جراء تعاطي المشروبات الكحولية)، وهي السبل الوحيدة التي يعرفها للتعبير عن قيمته وسلطته التي أصبحت الآن محل تساؤل. وهو الأمر الذي يؤدي بالمرأة، في نهاية المطاف، أن تطلب الانفصال عن زوجها.

روزا- ن. جيلد شتاين

إذن يوجد هنا تناقض يكمن في جوهر وضع المرأة: فمن ناحية المرأة لا تقدر على تحمل المسئولية، ومن ناحية أخرى يقع على عاتقها العديد من المسئوليات المرأة لا تقدم على اتخاذ قرارات، وعليها أن تقوم باتخاذ كافة القرارات. إن النساء في المنزل، كأمهات، يتميزن بالقوة، ولكن الأمر ليس كذلك في الحياة العامة، إذ أن هناك دائماً علاقة بين القوة والمسئولية. لا يمكن أن تمنح قوة بدون أن تتحلى بالمسئولية، كما أن الاضطلاع بالمسئولية يحتاج للقوة.

آن أوكلي

لم تعد النساء مقتنعات بالنماذج الدينية القديمة التي لا تضع في اعتبارها الاحتياجات الانجابية للمرأة، ومع ذلك فقد شعرن بأنهن غير قادرات على تأكيد النماذج الجديدة التي أصبحن واعيات بها. وعلاوة على ذلك، كانت النسوة مقتنعات بأن الجهود الرامية إلى تغيير سلوك أزواجهن في القضايا الجنسية والإنجابية إنما تعني هدم حياة الأسرة، وهو الأمر الذي لم تكن النسوة ترغب في المخاطرة به. لقد اخترن الصحة الإنجابية الضعيفة والعلاقات الجنسية غير المرضية بدلاً من المستقبل غير الآمن.

روزاليا سيورتينو

وقد ألفت هذه النتائج الضوء على الحاجة إلى مضاعفة الجهود المبذولة لتدريب القضاة والعاملين بالشرطة والنشطاء في المجتمع المحلي، بحيث يمكن أن تتعلم المرأة استخدام القانون الجديد بفاعلية. ونتيجة ذلك، فإن الحملة المعادية للعنف في هذا العام موجهة على نحو خاص على إلى منظومة العدالة القضائية تحت شعار: "ل ت توقف الحصانة".

ماري إلسبيرج ، جيركر ليلجيستراند، أنا وينكفيست